91-06903/

Task Force on the Use and Provision of Medical Services

Presented to the
Honourable Evelyn Gigantes, M.P.P.
Minister of Health
and
Dr. Basil W. Johnston
President
Ontario Medical Association

Quality Assurance and Resource Management - The Medical Services Challenges for the 1990s

November, 1990

TASK FORCE ON THE USE AND PROVISION OF MEDICAL SERVICES

880 Bay Street, 2nd Floor
Toronto, Ontario
M5S 1Z8
Tel: (416) 965-8218

November 29, 1990

The Honourable
Evelyn Gigantes, M.P.P.
Minister of Health
10th Floor, Hepburn Block
80 Grosvenor Street
Toronto, Ontario
M7A 2C4

Dr. Basil W. Johnston
President
Ontario Medical Association
250 Bloor Street East
Suite # 600
Toronto, Ontario
M4W 3P8

Dear Ms. Gigantes and Dr. Johnston:

On behalf of the members of the Task Force on the Use and Provision of Medical Services, I am pleased to submit our 1989-90 Annual Report.

The challenges faced by Ontario in addressing the health care needs of the province during the next decade are daunting and will require extensive consultation and co-operation between the government, providers and the public.

The ability of the public, payers and providers to address the issues confronting the system is hampered by both inadequate health care data and poor management information systems which limit planning effectiveness and often frustrate co-operative effort.

Over the past year, the Task Force has considered structural and process weaknesses, and has endeavoured to develop recommendations that should have a major and positive impact on the effective management of health care resources in Ontario. The Annual Report introduces three major recommendations since our last interim report.

1. Guideline Development. A body should be established to develop guidelines for medical practice.

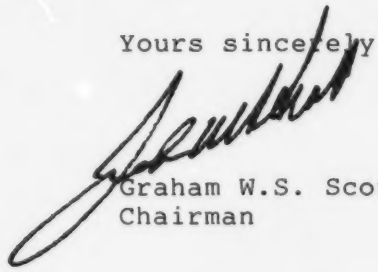
2. Screening Programs. All screening programs should be reviewed against a set of criteria designed to ensure scientific merit, resource availability, appropriate implementation and public accountability.

3. Health Program Assessment. A number of measures are recommended to ensure health programs are fully considered from the perspective of indirect as well as direct impacts on the provision of medical services.

These recommendations and others reviewed in the Annual Report underline a number of initiatives that the Task Force believes are part of the framework that must be developed by the government and the medical profession in co-operation with other important elements of the system. Such initiatives are essential to ongoing public confidence in the system and in the ability of the government and providers to be able to ensure quality care at an affordable cost.

The Task Force appreciates the support it has received in its work from both the Ministry of Health and the Ontario Medical Association during the past year.

Yours sincerely,



Graham W.S. Scott, Q.C.
Chairman

MEMBERSHIP

The Task Force is chaired by **Graham W.S. Scott**, Q.C., a partner in the law firm of McMillan, Binch, and a former Deputy Minister of Health and the Environment. **Ms. Alwyn Robertson** is the Director of the Task Force.

The Ministry of Health representatives are:

Mr. Brad Graham, Economist, Fiscal Framework and Expenditure Forecasting, Ministry of Treasury and Economics (June 1990)

Ms. Mary Catherine Lindberg, Assistant Deputy Minister, Consumer Health and Planning (November 1988)

Dr. Dennis Psutka, Associate Professor, Faculty of Health Sciences, McMaster University (February 1988)

Dr. Walter Rosser, Professor and Chairman, Department of Family Medicine, McMaster University (February 1988)

The Ontario Medical Association representatives are:

Ms. Georgia Henderson, Manager, Department of Professional Affairs (May 1990)

Dr. John K. Marshall, Chief of Staff, Kingston General Hospital, Kingston (January 1990)

Dr. Ian Warrack, General Practitioner, Vanier (July 1989)

Mr. Darrel Weinkauf, Director of Economics, Ontario Medical Association (January 1989)

TABLE OF CONTENTS

Executive Summary i

Introduction 1

Chapter I: Policy Actions and Recommendations 3
1. Screening 3
2. Health Program Initiatives and their Impact on Services 4
3. Guidelines Development 6
4. Ontario Council on Health Technology Assessment 6
5. Alternative Payment Mechanisms 7
6. OHIP Code Review 7

Chapter II: Research Projects 9
1. Thyroid Function Testing 9
2. Hospital Data Review 9
3. Asymptomatic Hypercholesterolemia 10
4. Patient Visit Survey 11
5. Feasibility Study of Osteoporosis Management 11
6. Emergency Admissions Audit Study 12

Chapter III: Work Plan, Aims and Objectives Revisited 13

Chapter IV: Future Directions 16

Appendix
A. Task Force Changes 17
B. Financial Statement 18
C. G467-Miscellaneous Therapeutic Procedures 19
D. Canadian Medical Association Journal Editorial

EXECUTIVE SUMMARY

The following is the 1989/90 summary of the activities and recommendations of the Task Force on the Use and Provision of Medical Services.

CURRENT RECOMMENDATIONS

1. **All screening programs require thorough approval process:**
   - The Task Force is concerned with any screening activities that have not been assessed and monitored on a health, risk or cost benefit basis. The Task Force therefore recommends that all screening programs be carefully assessed, based on scientific merit, resources, implementation and ethics before public funding is provided.
2. **New health programs need to be assessed in relation to their indirect impact on service provision, not just on direct impact.**
   - Economic modelling should be undertaken to determine physician/patient behaviours for new programs.
   - Impacts of new programs on other parts of the health care system should be considered, evaluated and monitored.
   - Ongoing programs to track use and cost impacts should be established.
   - Impacts on health professionals should be considered.
   - Where information conflicts, or is incomplete, benefits/costs/efficacy of new programs should be evaluated by outside bodies.
3. **The establishment of a medical practice guidelines program:**
   - The Task Force endorses the creation of a Committee on Guidelines for Medical Practice to develop appropriate treatment approaches.
   - Guidelines development process needs to be independent, based on outcomes of clinical and research studies, and must consider overall impacts on resources within health care system.
   - Public discussion, professional and private industry input are important to integrity of process, quality patient care and wise use of resources.
   - Should be linked with health technology council.

INTERIM REPORT RECOMMENDATIONS

4. **The establishment of a Council on Health Technology Assessment:**

   The Council would:

   - Provide a forum for assessment of existing and emerging technologies and procedures
   - Advise the medical professions on the use and application of the above
   - Make recommendations to the Ministry on options for the use and distribution of technologies
   - Recommend and monitor approved but emerging technologies
   - Work with other provinces to exchange information and assess new developments
   - Be linked with the guidelines development body

5. **Flexibility in modes of remuneration for delivery of medical services is supported:**

   Practicing physicians are compensated in a variety of ways, and no single universal delivery system for services can meet the variety of social needs to be addressed.

   - Different means of compensation are productive for doctors and consumers.
   - No specific targets for different payments should be made without evidence of health outcomes.
   - The Ministry and physicians should develop a good data base to assess payments and outcomes.

CURRENT RESEARCH ACTIVITIES

1. **Cholesterol: New Research and Education Activities:**

   - A clinical policy review on asymptomatic hypercholesterolemia has been published as a special issue in the Journal of Clinical Epidemiology.
   - A physician survey indicates high recognition of guidelines, but actual practice patterns do not reflect consistency in treatment approaches.
   - Dietary brochure being developed in cooperation with the Ontario Dietetic Association for public distribution.
   - Cholesterol protocols being developed in HSO setting.

2. **Thyroid Function Testing research study:**

   - Draft recommendations have been submitted for a series of parameters for thyroid function tests for patients, which should optimize testing while maintaining quality care.

3. **10 year study into trends in hospital service use:**
   - Research project underway to determine trends in hospital services from 1980 - 1990.
   - Project will examine overall changes in hospital utilization, patient characteristics, and types of illness.
   - Analysis should provide information on how hospitals have responded to changing population demands.
4. **Feasibility Study of Osteoporosis Management:**
   - Review of current treatment approaches to osteoporosis under consideration.

QUALITY ASSURANCE AND RESOURCE MANAGEMENT - THE MEDICAL SERVICES CHALLENGES FOR THE 1990'S

INTRODUCTION

The provision of medical services will be considerably altered during the decade of the 90's. The influences of changes in the health care system and in the methods of service delivery have been rapid, complex and unyielding, which have had obvious and not so obvious implications for governments, service providers and the public. The changes that have occurred have, for the most part, imposed themselves on the system in a manner which has outstripped the efforts of policy planners and system managers, while providing exciting but confusing and contradictory information to health professionals.

The centuries-old orientation of focusing health care on curing, caring for the sick and isolation of the afflicted, and the dependence on institutions as a base for these services is being challenged by newer priorities for medical research, disease prevention and community based programs. The policy thrust away from institutions comes, however, at a time when new technologies are creating major breakthroughs in dealing with the afflicted and establishing considerable new demands for the health dollar from the traditional settings.

The health care planner is confronted with a major conundrum. On the one hand resources must be found to strengthen the role of disease prevention and community initiatives to avoid illness, while providing sufficient funds to support new medical technologies that promise to enhance and sustain quality of life in the afflicted in a manner that was inconceivable only months earlier. Those competing demands have created a nightmare for planners as they struggle to accommodate with increasing resources that nonetheless fall well short of the system demands.

Against these macro-level problems, we have increasing demands on the individual service provider who must also cope with rapid changes in procedures and potential new medical treatments which come on stream so quickly that physicians can no longer be fully assured that they are managing the resources and knowledge available to them in a health effective manner let alone on a cost/benefit basis.

If these pushes and pulls on policy, management and service providers were not enough, they have been added to by undefined but irrefutable demands for "outcome and quality assurance measurement".

The route to the solution to these challenges lies in effective and independent assessment of what we are providing in the health care system translated into effective management information to guide policy planners, system managers, providers, and the public in effective utilization of health resources. This seemingly simple solution is not readily available. A rough route must be cut through a jungle of information, not developed for the uses now required, which in turn must be subject to careful, independent assessment. This process will assist in rational planning and management while, in parallel, a major effort is undertaken to capture new relevant management information through the development of modern, well designed data gathering methods.

The development of good system information is not easily pursued in a combative atmosphere derived from an environment where

much of the decision making and opposition to decision making has had to be based on little information and much opinion. To help create a better framework for addressing the delivery of medical services, the Minister of Health and the President of the Ontario Medical Association agreed to establish the Task Force on the Use and Provision of Medical Services in the hope that the Task Force would work co-operatively to seek answers and make practical workable recommendations to both parties to better serve the public.

In the first two years, the Task Force has addressed these problems as outlined in Chapter III. It has been a difficult process to find our way through the system, encountering many of the difficulties that bedevil the system and obstruct effective communication. Nonetheless, we believe we have made a real and constructive contribution to understanding the problems encountered by both government and the medical profession in addressing the provision and delivery of medical services. Of much greater importance is the opportunity that the Task Force has had to better identify the problems within the system in a manner that should yield solutions.

The review of the role of the Task Force (Chapter III) has been to focus our efforts in two principal areas.

1. The establishment of peer reviewed systems to aid in the management and delivery of professional medical care to the community; and
2. The pursuit of better resource management systems to ensure the maximum benefit is derived from its available resources.

The Task Force is pursuing these goals by concentrating its energy in four general areas:

1. data utilization, development and system management,
2. technology and technology assessment,
3. efficiency in practice patterns and practice support patterns,
4. guidelines development, marketing and monitoring.

Through its work in these areas the Task Force believes it can make substantial progress in pursuit of its goals. Initiatives to establish effective technology assessment, the pursuit of guidelines development and dissemination, the impact of demographic trends on medical demand and supply, service variations and related issues (Chapter III) should assist the Task Force in clearing the route to meeting the challenges of the '90s through greater quality assurance to the public.

Chapter I

POLICY ACTIONS AND RECOMMENDATIONS

The following is a summary of all policy recommendations made by the Task Force since the last interim report of December, 1989.

1. SCREENING

With increasing public health initiatives in health promotion and disease prevention, many organizations and individuals are recommending a variety of population screening activities. While these programs can be shown to be efficacious for specialized groups in a highly structured research setting, it does not necessary follow that they will be effective when applied to the general population. The enthusiasm that new programs generate must be tempered by a careful review of all the consequences that such programs might have. The introduction of programs prematurly can raise public expectations unduly, displace other established health activities and lead to further investigations of marginal benefit.

The word "screening" is commonly used to describe a number of disease detection activities. The Task Force makes a distinction between two basic forms of screening:

1) **Case finding:** action initiated (by a doctor or a patient) when certain criteria applied to a specific patient may suggest that testing for a certain risk factor or disease seems prudent.

2) **Population screening:** seeking to test all people within a particular population for a specific risk factor or disease.

The former refers to decisions made, in the context of ongoing medical care where the needs of individual patients can be assessed. If the results of testing suggest further action, the mechanism for dealing with this is in place. The Task Force's guidelines for the detection of high blood cholesterol are an example of the case-finding approach. This was recommended because of the relatively low predictive value of the test and the questionable health advantage of a population screening approach.

Population screening can be applied more broadly. It is not limited to the medical setting. However the criteria for recommending such an activity must be more strictly established.

In the overall context of health care delivery a population screening program must be shown to do more good than harm. One example of a test which can be applied widely to specific population is the testing for hypothyroidism in the newborn. Here the test is reliable, sensitive and specific. There is a good and simple treatment which can prevent a life-long mental and physical disability. Other examples with such clear indications are few in number.

Recommendations

The Task Force recommends that before population screening activities are introduced all the consequences of implementation must be considered carefully. The Task Force recommends that the following criteria be used to review recommendations for screening. In addition to the Ministry of Health and the Ontario Medical Association, the Task Force would urge all organizations, be they public, private, voluntary or charitable to be aware of and act in accordance with these criteria for any screening programs they may endorse, promote or fund.

Sample criteria for consideration are outlined below.

A) Scientific Merit:

- what is the burden of illness or disability in the community from the problem?
- is there an intervention that alters the natural history of the illness to improve morbidity or mortality?
- is the screening procedure sensitive and specific?
- is there sufficient research and medical evidence to warrant a screening approach? - are other approaches likely to yield similar outcomes?

B) System Priorities and Resources:

- are the resources required for the project appropriate in terms of community personnel requirements, time and costs?
- are other equally worthy procedures and efforts being given equal consideration or are existing resources being redirected unnecessarily?
- does the procedure place additional strain on health care resources in a disproportionate manner to the magnitude of the health problem being studied?
- what are the limitations in using screening assessments as a widespread diagnostic tool in relation to other diagnostic approaches?

C) Implementation:

- what are the potential costs/benefits of screening to all participants?
- does the procedure create new medical risks, and how are these assessed in relation to the procedure?
- is the procedure acceptable to patients and practitioners?
- what are the implications to patients for generating widespread anxiety, labelling or medicalizing by implementing the program?

D) Public Accountability and Responsibility:

- are there specific ethical or moral issues raised by the program?
- how will these objectives be communicated to the various groups?

2. HEALTH PROGRAM INITIATIVES AND THEIR IMPACT ON SERVICES

The Task Force, as part of its examination of demand, has considered the indirect impact of new or expanded health programs on the provision of medical services. Attempts at assessing these relationships have been frustrated by a lack of data needed to quantify these costs which are not immediately evident. Nonetheless the Task Force believes that some action can and should be taken.

New Program Proposals

Most new health programs, particularly with direct funding requirements, are usually cleared through Management Board and the Cabinet, in the form of Cabinet submissions. The formal requirements to produce these documents are considerable. Programs are generally created to provide different forms of care or service delivery in response either to new policy directions or in response to specific pressures which have developed over time. While program proposals are specifically focused on why and how they should be implemented, and how much the actual items or devices may cost, the service implications in terms of manpower or physician visits are difficult to quantify accurately on the basis of current systems information. It seems apparent, based on the evidence of past program costs, that associated costs can be incurred in such areas as assessing and testing the condition, repeat visits and laboratory services, and these may not be factored into the initial program expenditures.

An example is the Assistive Devices Hearing Aid program. The program was initiated in 1982 to provide hearing aids for children, and in January, 1989, adults were included for the first time. Costs for the dispensing fees and devices were calculated, but the costs of services and repeat visits under the OHIP schedule have not been clearly assessed or determined.

The members of the Task Force take no position on the policy decision to expand the program. However, they are concerned about the possible causes underlying these increases, whether they were fully anticipated and the difficulty in tracking visits to physicians and audiologists for testing and reassessments specific to the program.

Another example can be found in the area of illness prevention and health promotion. Many

desirable initatives in this area could lead to additional utilization of physicians and laboratory services, and the ad hoc establishment of procedures designed to respond to awakened public interest in health issues.

Given the complex problems in measuring, understanding and managing health care costs, the Task Force believes that certain methodologies and approaches should be developed and initiated in order to provide a realistic picture of anticipated demand and related costs when new programs are developed or existing programs expanded. Demand and the debate around what drives demand is less likely to be informed and constructive if such initatives are not fully assessed in advance and then effectively tracked.

The most direct means of affecting expenditures for medical services is through the OHIP Schedule of Benefits. The Ministry decides on new services to be covered usually based on recommendations by the Ontario Medical Association. The Government, however, retains the right to make any changes to the Schedule, and consultations with the OMA may or may not be undertaken. Examples are the introduction of the annual health exam in the early 1970s, and the removal of restrictions in 1989 on the circumstances under which hypnotherapy could be claimed. Previously, hypnotherapy could not be claimed with a diagnosis of acne, psoriasis, smoking, obesity or in conjunction with a delivery.

In determining new OHIP coverage, the introduction of new programs or the expansion of existing progams, there should be a corresponding benefit or improvement in welfare to the community associated with the decision. Clearly, a balance must be struck between the costs of these services and the people who will benefit from them immediately and in the future.

Recommendations

We have identified a number of approaches that could prove useful in the planning and implementation of any new or expanded health programs. Action on these issues should lead to improved management of current and future health care policies and programs.

Several steps in the decision process are recommended. The Ministry should estimate the indirect cost impacts of the proposed new program on existing open-ended programs and then establish a management information system to monitor actual experience. While this will undoubtedly involve additional time and resources, policy makers should be aware of potential short and long-term effects of such programs on current system resources. This is an area where some health system economic modelling would be desirable.

Some of the measures that should be considered by the Ministry, and indeed other government agencies that have programs that could affect demand for medical services are:

(1) The development of approaches to model the impact of patient/physician behaviour in relation to specific programs.

(2) The possible effects of a new program on other parts of the system, such as consultations with physicians and use of laboratory services.

(3) The design of procedures to consider appropriate responses to potential new demands placed on health professionals resulting from the program.

(4) No new programs should be established without accompanying management information systems designed to help to determine their effectiveness and real costs.

(5) Special reviews should be undertaken when there is incomplete or conflicting evidence on the costs, benefits and efficacy of the new program.

(6) Practicable attempts should be made to review and track existing programs where the indirect impact on open-ended programs has not been assessed, and that estimates for actual and projected costs be prepared for all existing programs considered for possible expansion.

The continued mystery of what drives utilization cannot be resolved without better information on a number of fronts. New programs often affect other services within the health care system even though it is not intended when initially developed. If our understanding of utilization and our ability to better manage health care is to be realized, this is an area that requires special attention and ongoing vigilance.

3. GUIDELINES DEVELOPMENT

The members of the Task Force have had first-hand experience with the controversies and complexities inherent in guidelines development as a result of the report on asymptomatic hypercholesterolemia released in April 1989. The results of such controversy must not interfere with the patients right to expect, and doctors access to, a sound approach to treatment. On most treatment issues, expert opinions vary, and are hotly debated in the academic sphere and medical media, as they should be. However, leaving individual physicians to determine treatment programs based on random exposure to such debate is hardly satisfactory. Clearly an approach needs to be developed whereby these issues can be examined and objectively assessed without selected pressures from competing interest groups.

A possible method for addressing these concerns has been developed by Dr. Adam Linton and Dr. David Peachey, both former members of the Task Force, in articles published in the Journal of the Canadian Medical Association. The articles outline the difficulties faced by the medical profession in dealing with these issues, and recommend the following:

- that guidelines should be written to improve the quality of care, and not be used to restrict the provision of care,
- that they must be voluntary and permissive,
- that they should incorporate sensible economic evaluation of procedures, but not in order to restrict processes for fiscal reasons alone,
- that they must be sensitive to social concerns, and be open to debate,
- that guidelines for optimal practice may actually increase costs,
- that constant review is needed to account for advances in medical management.

They recommend that a Committee on Guidelines for Medical Practice be established, with links to a wide variety of groups and government, but it must be independent. The Committee would have ties with any structures examining medical technologies. The Task Force has worked with and considered the proposals of Drs' Linton and Peachey. The Task Force endorses their approach as it represents an open, fair and positive process to address the challenges facing physicians, patients and governments in the delivery of high quality health care. The establishment of guidelines will not be an easy job, but there are ever increasing risks in not proceeding at all.

The Task Force desires to work constructively with the Minister of Health and the President of the Ontario Medical Association to pursue the objective of improved quality of care delivered based on consistent treatment guidelines. A copy of a recent editorial in the Canadian Medical Association Journal on this is in Appendix D of the report.

4. ONTARIO COUNCIL ON HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

Like most systems, health care functions as a series of components that affect one another. The assessment of technology is linked to many areas including guidelines, demand, systems management and outcomes.

The Task Force recommends the establishment of a Council to assess emerging and existing technologies. The Council would be composed of a Board, Scientific Advisory Group and a core support group headed by a Director.

The Council would-

- be scientifically independent
- provide academic and professional leadership
- evaluate technologies based on their effectiveness
- be financially supported by the Ministry of Health
- be linked with a guidelines body.

The members feel that the establishment of an Ontario Council on Health Technology Assessment (OCHTA) will provide a basis for an independent review of those technologies currently in place, and to assess new developments so that the Ministry and physicans will be able to make the best use of these resources. The Council's research activities would provide a focus for concerted scientific efforts, and serve to increase public understanding of and confidence in the role of technology in patient care.

The Task Force recommends that:

1) The Government of Ontario, through the Ministry of Health, establish the Ontario

Council on Health Technology Assessment, in order to assess existing and emerging technologies and make recommendations on their utilization, evaluation and diffusion.

2) That a Board of seven Directors be appointed by the Ministry, including nominees from health care organizations, to approve and oversee the policies governing the Council.

3) That a Director Technology Assessment be appointed by the Board to establish a permanent support group and to manage the ongoing activities of the Council.

4) That the Board, on the advice of the Director, appoint a Scientific Advisory Group to advise the Director on the scientific management of the assessment process, and recommend projects for review.

5) That OCHTA ensure that there is appropriate follow-up and updating of all technological assessment work done by the Council.

6) That under the direction of the Chairman of the Council, the Director develop the role of principal liaision with the federal Coordinating office for Health Technology Assessment (COHTA) with a view to influencing its operation and closely involve COHTA in Ontario projects as well as to provide information and assistance to COHTA.

Endorsements

Since the issuance of the report to the public, the Pharmaceutical Inquiry of Ontario, the Ontario Hospital Association, the Registered Nurses Association of Ontario, and the Ontario Nurses' Association have indicated their support for the proposal. Other health commissions in Alberta, Saskatchewan, Nova Scotia and New Brunswick have made similar recommendations and Quebec already has its own approach to technology assessment in place. A cooperative approach to technology assessment is essential if we are to gain a better understanding of how such developments interact and influence health care. (See interim report of December, 1989)

5. ALTERNATIVE PAYMENT MECHANISMS

In our last report, we discussed the relationship of alternative payment mechanisms in relation to measuring the health and economic outcomes of these delivery systems on patient care. This is a matter that is both complex and important in the ongoing allocation of resources, and how health care is perceived and used. However, no model existed that could successfully compare, or assess different funding approaches in Ontario. This was due to several factors such as the lack of comparable data, the relative infancy of some of the delivery systems, and the lack of information on different patient populations. Therefore, the Task Force made the following recommendations:

1) that a variety of mechanisms for service delivery is beneficial and desirable for doctors and consumers,

2) that the Ministry should not set any specific targets or levels for any particular delivery mechanism without some reasonable evidence of improved health outcomes,

3) that a concerted effort by the Ministry and physicians be made to develop a standardized data base for all types of service delivery on a long-term basis, so that their relationships to health outcomes can be clearly assessed and understood.

The members are aware that there are ongoing research efforts designed to shed further light on alternative payment mechanisms. The Task Force encourages work that will assist in the design of workable policies for these mechanisms, but believes that in the short term, it is premature to encourage or endorse any one payment mechanism as the desirable model for Ontario.

6. OHIP CODE REVIEW

The Task Force is currently reviewing several OHIP Codes.

- G467 - an examination of the role of miscellaneous therapeutic procedures in doctors' offices,
- T3, T4 and TSH - thyroid function tests (see research activities section)
- a study of audiology codes covering hearing aid evaluations and fittings.

These efforts are designed to assist the members in making constructive recommendations to address the substance of rapidly growing areas of activity within OHIP.

Approaches to assessing OHIP codes are not straightforward. Growth in volume and services may be due to many complex factors, and legitimate health needs must be considered. It

is necessary to define the types of medical conditions being treated, the structure of the fee schedule and its impacts, changing treatment approaches, regional availability of services, and other factors affecting demand. It may not be possible, or desirable to seek data about individual behaviours, as matters of confidentiality have to be considered.

G467 - Miscellaneous Therapeutic Procedures

Physical therapy services have been increasing substantially, most of this increase being in specific regions of Ontario. The 50 physicians who were the highest billers of the code (only 3.6%) accounted for almost 50 per cent of the total service volume. Almost two thirds of this growth is from newly-entered (into the G467 market) physicians, and the remainder is from the established physicians providing therapy services since 1980/81. More specific details concerning this code may be found in Appendix C of the report.

The obstacles and complexities of this issue bring the Task Force to believe that only with considerable effort can the real causes be traced using existing data or through consultation with those physicians using the code.

The services provided may need to be redefined or clarified, a function normally under the purview of the Committee on Tariff of the OMA. The Task Force referred the matter to the OMA, which established a special committee to examine the code from a quality assurance perspective.

The recommendations from this special OMA committee will be forwarded to the OMA Committee on Tariff, which will consider the merit and practical difficulties of implementation into the OMA Schedule of Fees. Any changes to the Schedule are forwarded to OHIP which will determine, in consultation with the Provider Services Branch of the Ministry of Health, whether those changes are to be included in the OHIP Schedule of Benefits.

Chapter II

RESEARCH PROJECTS

1. THYROID FUNCTION TESTING

In March, the Task Force approved a research study to review the use of thyroid function tests in the province. A Working Party, chaired by Dr. Denis Macdonald, Vice-Chairman of the OMA Section of Laboratory Medicine, consists of family doctors and specialists. They are assessing how the tests are used, their usefulness in diagnosing symptoms, and developing guidelines to assist family doctors in treating their patients.

Thyroid function tests are used to assess the functioning of the thyroid gland. When the thyroid gland is overactive, the symptoms can include weight loss, excessive perspiration and other symptoms. When underactive, the symptoms may be lethargy, weight gain or other signs that may be confused with depression. The tests are required to distinguish abnormalities of thyroid gland function from a variety of similar clinical conditions. Data from 1983/84 to 1987/88, indicates that there has been a 67% increase for the two major thyroid tests used costing approximately $25 million in 1987/88.

The Working Party considered a number of issues in its study including:

- the performance characteristics of the tests,
- the current ordering practices of the tests,
- the development of guidelines for appropriate ordering,
- the development of diagnostic algorithms for the interpretation of results and sequence of testing,
- the identification of strategies to modify physician ordering patterns.

The members of the Working Party have consulted with various groups and organizations in the preparation of their report. The draft recommendations are currently being reviewed by the members.

2. HOSPITAL DATA REVIEW

As we indicated in our December Interim Report:

> *"Systemic barriers to obtaining proper data remain a concern. Inconsistency in what is collected, when and where it is collected, combined with limitations dictated by privacy and confidentiality requirements add to the burden of quality analysis."*

Over the past year, we have been gathering a complete data base from the Hospital Medical Records Institute (HMRI) in order to begin a major statistical review of trends in hospital care from 1979 to 1989. This is the most complete and consistent data available in regard to hospital utilization.

To understand the demands on health care, we need to analyse what patterns and trends emerge. It is not enough to say that hospital costs are rising if we cannot more accurately assess the medical pressures. The raw data provided by HMRI needs to be further processed to provide new levels of information.

In May, the Task Force approved a research study to examine the changing patterns of demand for medical services in Ontario hospitals, based on the data from HMRI. Professors Frank Denton and Byron Spencer of McMaster University will provide the data analysis and report to the members in the first half of 1991. Their report should provide important insights

into fundamental questions about changing service patterns.

3. ASYMPTOMATIC HYPERCHOLESTEROLEMIA

The policy report on the detection and management of asymptomatic hypercholesterolemia was released in April, 1989. Since then the Task Force has initiated a number of activities that are designed to address a wide variety of medical issues.

Cholesterol testing is an example of how patients and doctors approach a specific medical problem. There are many behaviours and processes that require close examination and modification if appropriate treatment patterns are to be followed. This represents an area that has been referred to in previous reports, known as practice pattern variations. In general, this refers to studies showing that physicians in one area often practice different approaches to treating their patients with the same set of symptoms than doctors in other settings. Why? This simple question does not point to a simple answer or set of answers.

Our basic sense of this issue is that treatment approaches to cholesterol or any other illness or medical problem depend on a variety of factors, including physician training, age, location, previous experience in treating the illness, peer influence, patient interaction and expectations, extent of knowledge of treatment options, current scientific literature and many other factors.

For these reasons, the Task Force views the cholesterol issue as a framework that encompasses many of these issues, and further work should provide us with better processes to address these question

i) Literature Review/Special Issue

As additional scientific evidence emerged concerning cholesterol studies, it was reviewed to determine if changes were needed to the policy report released in April 1989. An expanded clinical policy review on asymptomatic hypercholesterolemia was submitted with additional analysis and conclusions to the Journal of Clinical Epidemiology and printed as a special issue in October. The report has been peer reviewed internationally, and is an important milestone in the development of the epidemiological approach used in the first report. The original recommendations remain essentially the same, and references to the role of blood components, family history and testing for different age groups have been updated. The Task Force wishes to acknowledge the dedicated efforts of Dr. David Naylor, Dr. Antoni Basinski, Dr. John Frank and Dr. Michael Rachlis.

ii) Physician Survey

One of the results of the release of the first report was its potential impact on physician practice patterns in the treatment of this condition. Research studies have indicated that physicians can be slow to change the way in which they practice, despite the publication of guidelines from various clinical bodies. The members agreed that there should be a further study to evaluate the influence of the guidelines on family practitioners.

Environics Research Group Ltd. was chosen to conduct a survey of 600 family physicians from December 1989 to January, 1990 to determine the degree of understanding and commitment to the implementation of the guidelines. The results indicate a high level of awareness of the existence of the Task Force guidelines and that many physicians feel they are following the recommendations, or have altered their practices to conform.

However, analysis of the questions on treatment approaches reveals that most physicians do not follow any one regime or set of guidelines. There is no demonstrable loyalty to any of the published guidelines disseminated by the Task Force, the Canadian Consensus Conference on Cholesterol, drug companies or laboratories.

These results, while disappointing are not unexpected or surprising to the Task Force, nor are they an indication of the success or failure of guidelines. Rather, this study reinforces earlier research that shows that changes in practice do not come about easily, and underlines the need for further study and testing of methods necessary to assist physicians to accept new practice patterns.

iii) Dietary Brochure

As part of the original and revised reports, the Task Force supported efforts to promote good dietary approaches in the general population. In cooperation with the Ontario Dietetic Association, the Task Force is currently developing a revised brochure aimed at patients and the general public, to help answer questions about cholesterol and the role of good eating

habits in the prevention of coronary heart disease. The brochures are expected to be released early in the new year.

iv) Guideline Implementation

A research project is underway at an Ontario medical group to study the feasibility of introducing the recommended cholesterol guidelines into daily clinical practice. The first phase of the study, almost completed, has identified some of the difficulties of implementing a multistage protocol. The second phase will use a computer based program to determine if the problems of documentation, follow-up and feed-back can be solved. It is anticipated that the experience gained in this project will not only facilitate the utilization of the cholesterol protocol in other medical practices, but will provide insights that will promote the adoption of other clinical guidelines as they become available.

4. PATIENT VISIT SURVEY

As part of our ongoing efforts to gather data in order to understand demand issues, a random sample of 1,000 general practitioners was undertaken by the OMA in the spring of 1989. The purpose of the survey was to assess the types of illnesses or conditions presented by the first 50 patients seen in their practice after receipt of the questionnaire.

There is very little solid information about these services at the primary care level. Information on over 16,000 patients has been collected and analyzed. The highlights of the study are:

- almost 80% of visits were recorded as being initiated by patients or a patient's guardian,
- 36% of all patients had a follow-up appointment with the physician scheduled; the apparent contradiction with the 80% patient initiation figure can be explained by one-half of the follow-up appointments being cancelled,
- 6.9% of all patients were referred to a specialist for consultation,
- 39.5% of complaints presented were new illnesses, while 17% of encounters were for the treatment of chronic conditions,
- third-party referrals accounted for 2.7% of all encounters, employers being the most often cited third-party,
- upper respiratory infections and related conditions were, at 17.2% of all encounters and at a cost of more than $200 million in visit fees, the most common complaints presented to general and family practitioners and only 1.29% of these cases were referred to a specialist for subsequent treatment;
- 33.8% of all patients received a prescription from the physician; the population over age 64 were only marginally more likely to receive a prescription (38.9%) than the average.

The Task Force is continuing to analyse the survey data, and is now concentrating on measuring the effect of higher numbers of patient encounters per hour on physician practice patterns. Preliminary results show patient volume not to have a discernable effect on physicians' prescribing or referral behaviour. A further survey of physicians may be undertaken.

5. FEASIBILITY STUDY OF OSTEOPOROSIS MANAGEMENT

In our last report, we reviewed our activities relating to dual photon absorptiometry (DPA) as a technical tool to measure bone mineral content as it relates to the treatment of asymptomatic osteoporosis. Currently there is considerable research being done on this medical condition, and various treatment approaches have been recommended.

Osteoporosis is a chronic disease that affects bone mass, usually in post-menopausal women. This can result in fractures and spine degeneration that impairs health and quality of life. Measurement and treatment of this condition raises questions relating to testing, prevention, drug therapy, resource use and outcomes. Currently, research is underway in Ontario, across Canada and in other countries to assess various therapies and their outcomes. The Task Force does not intend to undertake its own research into the clinical aspects of testing and treatment, but is concerned that competing guidelines or treatment approaches could have confusing and potentially questionable effects on patient care.

In response to this major issue, the Task Force plans to fund a study to examine and assess the current state of treatments being recommended by different bodies, what resources are currently being used, and what strategies

can be developed to assist doctors and patients in addressing this disease.

6. EMERGENCY ADMISSIONS AUDIT

As part of its study into demand issues, the Task Force undertook a small project to study length of stay and appropriateness of admissions in three hospitals in southern Ontario. The members reviewed the report and determined that no further work in this area would be undertaken at least for the time being given the complexity of the problem and the other Task Force priorities.

Chapter III

WORK PLAN, AIMS AND OBJECTIVES REVISITED

ORIGINAL WORK PLAN

In its initial work plan established in the spring of 1988, the Task Force focused its efforts in five broad areas:

1) technology and the need to assess downstream impacts,
2) fee-for-service and alternate payment funding mechanisms,
3) efficiency in patterns of service provision,
4) demographic impacts on practice patterns, and
5) factors affecting demand.

In addressing projects within the broad areas above, we set the following basic aims and objectives:

- improve the quality of care and service available to the public,
- be practical from the perspective of government and health care workers,
- be measured in terms of achievable objectives.

The original work plan and our aims and objectives in managing it dominated our activities and led to the initatives and recommendations outlined in previous reports.

While the Task Force believes that we have made a considerable contribution to effectively addressing some of the issues governing the use and provision of medical services, it is very clear that much more needs to be done. In the course of our work we have been confronted by obstacles that require special attention, but that must be overcome if the needs of the public, medical professionals and the government are to be addressed in a manner that will provide quality services at an affordable price.

The obstacles are many and varied from the inherent conservativism of the system and its practices to the absence of good management information to assist in policy reform.

The experience of the Task Force in its initatives to date convinced the members that there is much more that can and must be done, and that we should carry out a through re-examination of our work plan to ensure that our course of action best serves the needs of Ontario.

EVOLVING PROCESSES AND APPROACHES

The work done by the Task Force on technology assessment and on cholesterol focussed on crucial emerging issues such as the central role of technology in driving the health care system and the need for independently developed peer reviewed guidelines to aid in the delivery of quality medical services. These issues are symbolic of developments taking place throughout Canada and other jurisdictions. The creation of policies governing the utilization of medical services is a central factor in how we look at medical care in society, and what we expect it to achieve. Quality assurance, outcomes measurement, managed systems care have become major, but as yet not fully defined concepts debated and pursued within professional, government, institutional, academic and public arenas.

The members of the Task Force have participated and listened to these debates, and are encouraged by their quantity and quality. However, the issues being discussed are complex, and how they are addressed will have a

profound influence on how medical services will be delivered in the future. It is important that the desire for the "quick fix" and the "simplistic solution" be rejected in favour of more creative and well thought-out solutions that can be constructively debated and considered by all concerned. Expectations for our health system reflect profound and deep-seated social values. Governments and health professions alike have a responsibility to ensure that any changes take place within a realistic framework of resources and services and are well understood by the public.

WORK PLAN REVIEW

In light of all these factors the Task Force undertook a thorough review of its goals and objectives in terms of its accomplishments to date, planned future initatives and the impact of the changing environment around the use and provision of medical services.

As part of this review the members requested that their mandate and activities be fully reviewed by the Deputy Minister of Health and the General Secretary of the Ontario Medical Association. These meetings, held in mid July, provided the members with the opportunity to receive presentations from Dr. Martin Barkin and Dr. Ed Moran to assess their previous activities and consider new directions in pursuit of more effective and efficient medical care delivery.

Two related themes arose from the review of Task Force activities. The first was that we should focus our efforts more directly on providing doctors with the tools necessary to improve the quality of service, and create greater public confidence as to quality assurance and assistance in assessing outcomes. The second was that we should pursue medical service management issues within the system in order to improve efficiency and effectiveness in medical care delivery.

REVISED WORK PLAN

The work plan is now developed around those themes and led to the identification of the following areas of priority:

i) data utilization, development and systems management,

ii) technology and technology assessment,

iii) efficiency in practice patterns and practice support patterns,

iv) guideline development, marketing and monitoring.

i) Data Utilization, Development and System Management

The Task Force in earlier reports has identified the problems and frustrations in relation to the absence of good data and the functional utility of much existing data for policy assessment and system management purposes. The ability to fully address these problems in the short to medium term is limited. The Task Force believes, however, that with effort, existing data may be reconstructed so as to address some important information needs, and will pursue this course of action on a systematic basis, therefore strengthening its ability to make relevant policy assessments. The Task Force will not only be developing data it will:

(i) make recommendations as to how and why additional data should be captured in the future, and

(ii) closely examine data from the perspective of management information systems development, demographic trends and resource consumption.

ii) Technology and Technology Assessment

As covered in Chapter I of this report, the Task Force recommended the establishment of the Ontario Council on Health Technology Assessment to carry out an ongoing process of technology assessment. This report came about as a result of our experience in examining lithotripsy, imaging issues and the apparent impact of new technology in driving demand and influencing practice patterns. The Task Force believes that technology assessment is a crucial tool in the management of practice systems. It is central to ensure an efficacious approach to all technology, new and old, that will yield efficient, patient-responsive, effective health care. The absence of independent, comprehensive technology assessment will make it almost impossible for policy planners to meaningfully understand much that drives the practice patterns, will restrict the effective use of technology by practitioners and could deny the public appropriate access. While the Task Force does not see itself as the forum to carry out assessment of specific technology, it believes that it can play a constructive role in pursuit of

the systems and management approaches essential to establish high quality technology assessment in Ontario.

iii) Efficiency in Practice and Support Patterns

Our experience in reviewing service provision patterns has suggested that there is considerable scope for the development of new management approaches to improve efficiency in practice areas and their support mechanisms. Our focus in this area will include growth in specific practice areas, regional variations in practice data and screening issues.

iv) Guideline Development, Marketing and Monitoring

As covered elsewhere in this report, the experience of the Task Force has led it to the view that practice guidelines must become a central part of the practice of medicine. While guidelines could come under the previous section, this issue is deemed of a significance that it requires special attention. It should further be underlined that any guidelines program would be of necessity tied in and an important part of any technology assessment scheme.

The concept of the independent physician thriving on the combination of professional instinct and favourite medical publications and thereby remain current in face of the proliferation of new medical information, clinical studies and commercial promotion is no longer viable. The Task Force will devote considerable energy to developing appropriate methodologies for guidelines assessment, effective communication of guidelines to physicians and monitoring their impact on practice and patient care. The Task Force does not see itself in the role of developing specific guidelines.

CONSENSUS ON TASK FORCE ROLE

The review confirmed the consensus of the members that the work of the Task Force has provided the Ministry and the Association with a useful venue to discuss and develop solutions to complex medical issues that are not easily understood or resolved. Such cooperative effort takes time and commitment and should be independent of the influences of daily routine and the specific and inevitable pressures arising from short term crises. The challenge to the Task Force is to develop and present to the Ministry and the OMA, reasonable medical policies and program alternatives to better serve the people of Ontario. This, the members believe represents the raison d'etre of the Task Force.

Chapter IV

FUTURE DIRECTIONS

We outlined in Chapter III our directions and objectives for review. The members of the Task Force believe that these goals are consistent with both the emerging issues in medical service patterns in scientific health research and responsibilities of governments and health professionals to taxpayers and patients.

The members are currently considering additional activities including how to disseminate research results to interested parties and physicians, a study to examine small area rate variations in community hospitals, the use of computers in doctors offices and how technology influences practice patterns.

Traditionally, the focus of health care system has been to treat illness. The new environment reflects a shift of emphasis toward prevention on a individual and community level. Expanded community and out-patient services and prevention activities have shifted more of the burden of health responsibility to the individual and to alternative care settings. In addressing these shifts, we must never lose sight of the fact that all decisions relating to health care systems do have ripple effects on different areas. Sometimes these are readily apparent, sometimes they are not. Measuring and assessing these effects not only requires concerted efforts on the part of medical researchers, but sensitivity on the part of health care planners.

If we are to avoid the problems that plague the Task Force and all health system planners today, then every new initative must be accompanied with systems to record performance, so that its impact can be effectively tracked. Without applying that discipline at the outset, we will be cursed with unnecessary and divisive issues which fill a vacuum born of a lack of quality information.

APPENDIX A

TASK FORCE CHANGES

Considerable thanks are due to present and past members of the Task Force. Dr. Adam Linton and Dr. David Peachey of the OMA have provided us with excellent advice during their tenure. Dr. John Marshall, Chief of Staff at Kingston General Hospital, joined us in January, Ms. Georgia Henderson of the OMA in May. Special thanks to Mr. Kevin Costante of the Ministry of Treasury and Economics who was replaced by Mr. Brad Graham in June.

As the research activity of the members has increased, Dr. Wilfred Palmer, currently Chairman of the Department of Family and Community Medicine at the University of Toronto, joined us in March to assist on a part-time basis.

The effort of all members and staff of the Ministry of Health and the OMA have contributed to the ongoing vitality and strength of this unique group. The time commitments are considerable, and their advice and support is both needed and appreciated.

APPENDIX B

FINANCIAL STATEMENT

Operating Expenses

Year ending March 31, 1990

	Actual	Allocated
1. Personnel	$174,438.59	$199,000.00
2. Travel & Expenses	$6,174.53	$4,000.00
3. Equipment	$4,987.42	$6,000.00
4. Supply & Services	$10,798.30	$35,000.00
Bank Interest	($104.62)	
TOTAL	**$196,294.22**	**$244,000.00**

Notes:

The operating expenses of the Task Force are jointly shared by the Ministry and the OMA. Personnel costs are inclusive of the Chairman, permanent staff and any consulting services used for the preparation of documents and the provision of advice.

Research Expenses

1. Detection and Management of Asymptomatic Hypercholesterolemia
   Amount Expended: $163,811.87
   This is primarily for printing/translation/distribution of reports.
2. Emergency Admissions Audit Survey
   Amount Expended: $21,000.00
   This was allocated in the 1989/90 fiscal year.
3. Demand Literature Review
   Amount Expended: $12,165.00
   This was allocated in the 1989/90 fiscal year.
4. HMRI Data Development
   Amount Expended: $11,680.00
   This is for the development of a comprehensive data base for a hospital demand study.
5. Osteoporosis Guidelines Workshop
   Amount Expended: $1,035.00
   Total $209,691.87
6. Research Administration
   For review and consulting services
   Amount Expended (Approx.): $7,123.96
   This was for advice concerning alternative payment mechanisms.

Explanation:

The research expenses of the Task Force are fully funded by the Ministry. In 1989/90, the total amount allocated was $600,000.00. Research administration costs are allocated for independent advice required for particular projects. Further details on the individual research projects may be found in the annual report.

APPENDIX C

G467 - MISCELLANEOUS THERAPEUTIC PROCEDURES

The following report presents data and possible causes underlying the increases in services and volume taking place with the G467 OHIP code over the past several years.

In 1980/81, the number of services totaled just under 190,000, for a total cost of $791,000. Since that time, the number of services and payments has grown considerably. In 1986/87, services had increased to 1.1 million at a cost of $7.2 million, and in 1989/90, services totaled 1.9 million and cost $14 million.

Some of the factors possibly generating the increase in services may be:

1. Substitution: Restrictions in physical therapy available may cause patients to seek care in physicians' offices.
2. Population Dispersion: Even though the population has dispersed, the physical therapy facilities have not.
3. New Services: Much of the growth may be due to "new" services being offered, such as those through sports medicine clinics.
4. Dependence Upon Other Government Programs: Changes in other government programs (assistive devices?) may require the patient to enter into physical therapy programs.
5. Patterns of Practice: There may be an "entrepreneurial response" whereby some physicians supplement or alter an existing treatment program to allow the service to be billed.

The effect of these factors is not uniform across the province. To illustrate this point, the county variation in G467 services per 1,000 population is shown in Table 1 for the highest total (G467) volume counties. The service data are for 1986/87; population figures are from the 1986 Census.

Table 1
G467 Services per 1,000 Population

County	Services/Population	Services/ 1,000 pop.
18 Toronto	510,136 / 2,192,721	232.6
49 Thunder Bay	99,638 / 155,673	640.0
38 Hamilton	77,246 / 423,398	182.4
19 Middlesex	60,508 / 332,471	182.0
05 Essex	52,797 / 316,362	166.9
25 Ottawa	47,524 / 606,639	78.3
27 Peel	44,067 / 592,169	74.4
21 Niagara	40,803 / 370,132	110.2
36 Waterloo	36,845 / 329,404	111.9
39 York	32,666 / 350,602	93.2
TOTAL	1,107,305 / 9,101,694	121.7

Excluding Thunder Bay, the variation in per capita services ranges from 61% to 191% of the provincial average. Most of the growth starting from 1980/81 is the result of newly-entered (into the G467 market) physicians. Of the top 50 (G467) billing physicians in 1986/87, only 19 provided any G467 service in 1980/81; the 31 newly entered physicians provided 64% of the total service volume of the top 50 physicians. That is, the market for G467 services may not yet have stabilized.

In any event, the growth in services is impressive. Table 2 shows that average annual

growth in services in the top 15 counties ranged from 13.5% in Essex to 138.7% in Durham. However, many of these counties were starting from a very small base, especially Durham with a starting volume of 89 services.

Table 2
G467 Services by Billing Physician

County	Service Volume 1980/81	1986/87	Percent of Services	Physician	Annual Service Growth
18 Toronto	79,611	510,136	46.07	39.98	36.29%
49 Thunder Bay	4,866	99,638	9.00	1.46	65.40
38 Hamilton	3,775	77,246	6.98	5.05	65.38
19 Middlesex	1,531	60,508	5.46	3.08	84.56
05 Essex	24,697	52,797	4.77	2.05	13.50
25 Ottawa	6,370	47,524	4.29	4.54	39.79
27 Peel	5,873	44,067	3.98	8.39	39.92
21 Niagara	2,892	40,803	3.68	3.34	55.45
36 Waterloo	7,795	36,845	3.33	3.17	29.55
39 York	1,513	32,666	2.95	5.14	66.87
10 Halton	1,016	19,742	1.78	1.97	63.96
33 Simcoe	2,607	16,895	1.53	3.17	36.54
24 Durham	89	16,476	1.49	2.57	138.73
37 Wellington	4,644	11,435	1.03	2.14	16.20
44 Nipissing	—	8,645	.78	1.20	—

Most of the growth is from newly-entered physicians, and from established physicians who have newly entered into that area of practice. Few physicians have had stable volume, and most that had a drop in volume did not provide services in 1986/87 and so may have retired.

The growth may be due in part to changes in the preamble of the Schedule and the description of the code. In 1980 the code was listed as therapeutic procedures not exceeding one hour. In 1983, this was changed to one service per patient and had changes in the services covered, e.g., transcutaneous nerve stimulation for relief of pain. In 1984, the entire section was rewritten and included the note that the procedure may be charged by a physician for physiotherapy procedures performed by an appropriately trained paramedical under that physician's direct supervision. As such, the use of a 1980/81 base year may be entirely misleading.

As well, the data are for individual physicians, whereas rates of growth may be influenced by the increase in group practices: the larger patient rosters of group practices may provide sufficient physical therapy volume to support a clinic.

The data suggest that differential service volume growth is not a regional phenomenon per se but, rather, specific to select physicians (since the market has not yet fully adjusted to the demand for the service). The top 50 billing physicians (3.6% of physicians examined), accounted for 49.5% of total service volume.

The influence of these physicians on the regional statistics is evident from Table 3, which presents the number of the top 50 billing physicians in the province by county along with the number and percentage of billings they provide for that county.

Table 3
Top 10 Counties by Top Billing Physicians

County	# of MDs	% of MDs	Services	Services as a % of Total County Services
18 Toronto	26	5.6%	269,540	52.8%
49 Thunder Bay	5	29.4%	88,608	88.9%
38 Hamilton	6	10.2%	53,042	68.7%
19 Middlesex	3	8.3%	25,522	42.2%
05 Essex	1	4.2%	32,213	61.0%
25 Ottawa	2	3.8%	25,677	54.0%
27 Peel	0	—	—	—
21 Niagara	1	2.6%	6,296	15.4%
36 Waterloo	1	2.7%	12,911	35.0%
39 York	1	1.7%	5,671	17.4%

Objective explanations of above-normal growth have not been readily available. A proper study to shed light on the factors mentioned previously may not only require a review of services provided in all settings and field visits, but an examination of individual practitioner behaviours. A complete understanding of the underlying factors may be impossible to achieve, not only because of the dynamic forces affecting the use of the code, but the costs to do such a study are considerable and may not yield any clear answers.

Guidelines are essential for quality assurance in practice

Graham W.S. Scott, QC

The work of Drs. Adam L. Linton and David K. Peachey on the development of guidelines for medical practice constitutes a major contribution to the subject of effective delivery of medical services in Canada. Although their analysis and proposed solutions will be controversial in many quarters they should force the issues surrounding guidelines to the forefront.

The phenomenal growth in medical research and technology and the rapid deployment of new procedures have outstripped the development of processes for management and outcome assessment, tools so necessary to ensure quality and maintain public confidence. It is little wonder, then, that there is a growing demand for the medical profession to establish appropriate guidelines and mechanisms for developing such guidelines.

In addition to the many gifts flowing from medical science there have been immense volumes of contradictory information on appropriate treatment regimens. The unremitting flow of new clinical studies, field trials and pharmaceutical company initiatives addressed in the medical literature is enough to strain the ability of the trained professional to make a reasoned and balanced judgement under the pressures of practice. The burden falls particularly on those whose scope of practice is the broadest — in general the primary care physician.

The main thrust for guidelines in North America originated from the insurance industry in the United States. Although the legitimate interest of insurance companies cannot be denied, an initiative dominated by cost control cannot always be equated with quality assurance. Indeed, the idea of scores of insurance companies producing different guidelines would be inimical to the high objectives of guideline development. No wonder professional societies in the United States are pursuing the development of guidelines, if only to protect the integrity of their professional standing and demonstrate commitment to quality assurance.

In Canada the circumstances are not quite as dramatic, but the fundamental need of government to tie together expenditure and health outcomes is very much a factor to be considered. As governments struggle with their massive blunt instruments to control health care costs the system is almost certainly faced with a choice between these large-scale measures and more focused and effective practice patterns developed by medical professionals and aimed at providing quality assurance.

The waters are as muddy in Canada as in the United States when it comes to providing quality-assured guidance to professionals in the increasingly complex world of medicine. It is unacceptable, therefore, that matters be left where they are and that pioneers in guideline development be forced to retreat in the face of knee-jerk cries of "cookbook medicine". Although "cookbook medicine" is not a desirable goal the absence of guidelines is proving indefensible. Individual needs and varying circumstances may call for differing approaches, but they cannot be stretched to justify extreme variations or inequities in the delivery of basic health care.

The other argument offered is that we must await the development of a national body to create guidelines. As desirable as that may be Canadians have a poor record of establishing national institutions that are respected by provincial governments and provincial professional associations. Continuing to strive for a national body should not prevent us from creating the structure proposed by Linton and Peachey. Should a respected national body eventually be developed it would benefit from the model proposed and the experience derived from it.

The problem of finding appropriate formulas for guideline development and amendment is no simple task. None the less, the time has now come to get on

Reprint requests to: Mr. Graham W.S. Scott, Chairman, Task Force on the Use and Provision of Medical Services, 14th Floor, 700 Bay St., Toronto, Ont. M5G 1Z6

with the job. The broad-based, independent structure proposed is a good start. Any weaknesses that are exposed can be corrected and are likely to be far less serious than the futile pursuit of a perfect model, which would delay progress and leave us in the grip of the current indefensible situation.

The risks of having insurance companies and governments tell health professionals how to practise is not the only challenge. Physicians must consider their relationship with their patients. The explosion of health information in the media and the public's growing awareness of health issues are significant. The lack of guidelines and the inconsistency in practice patterns could hurt the long-standing confidence between doctor and patient. Properly developed guidelines should strengthen this relationship and in safeguarding professional control of medical practice will ensure our system's health.■

Reprinted by permission of the publisher, 'Guidelines are essential for quality assurance in practice', CMAJ 1990; 143(6)

ISSN 1183-4285
2M 2/91

Groupe d'étude sur la consommation médicale et la prestation des soins médicaux

Présenté à
L' honorable Evelyn Gigantes, députée
Ministre de la Santé
et
Dr Basil W. Johnston
Président
Ontario Medical Association

Assurance de la qualité et gestion des ressources - Les défis confrontant les soins médicaux au cours des années 1990

Novembre 1990

MEMBRES

Le groupe d'étude est présidé par **Graham W.S. Scott,** c.r., associé de la société d'avocats McMillan, Binch et ancien sous-ministre de la Santé et de l'Environnement. **M^me^ Alwyn Robertson** est la directrice du groupe d'étude.

Le ministère de la Santé est représenté par :

M. Brad Graham, économiste, cadre financier et prévision des dépenses, ministère du Trésor et de l'Économie (juin 1990)

M^me^ Mary Catherine Lindberg, sous-ministre adjointe, services aux consommateurs et planification (novembre 1988)

D^r^ Dennis Psutka, professeur adjoint, Faculté des sciences de la santé, Université McMaster (février 1988)

D^r^ Walter Rosser, professeur et président, Département de médecine familiale, Université McMaster (février 1988)

L'Association des médecins de l'Ontario :

M^me^ Georgia Henderson, directrice, service des affaires professionnelles (mai 1990)

D^r^ John K. Marshall, chef du personnel, Hôpital général de Kingston, Kingston (janvier 1990)

D^r^ Ian Warrack, omnipraticien, Vanier (juillet 1989)

M. Darrel Weinkauf, directeur des affaires économiques, *Association des médecins de l'Ontario* (janvier 1989)

TASK FORCE ON THE USE AND PROVISION OF MEDICAL SERVICES

880 Bay Street, 2nd Floor
Toronto, Ontario
M5S 1Z8
Tel: (416) 965-8218

Le 29 novembre 1990

L'honorable Evelyn Gigantes
Députée
Ministre de la Santé
Édifice Hepburn, 10e étage
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario)
M7A 2C4

Dr Basil W. Johnston
Président
Association des médecins
de l'Ontario
250, rue Bloor est
Toronto (Ontario)
M4W 3P8

Madame, Monsieur,

Au nom des membres du Groupe d'étude sur la consommation médicale et la prestation des soins médicaux, j'ai l'honneur de vous présenter notre rapport annuel pour l'exercice 1989-90.

Au cours de la prochaine décennie, l'Ontario devra confronter des défis de taille pour répondre à ses besoins en matière de soins de santé. Ceci nécessitera une consultation et une coopération approfondies entre le gouvernement, les pourvoyeurs de soins et le public.

La capacité du public, des contribuables et des pourvoyeurs à traiter des problèmes du système est entravée tant par le caractère inadéquat des données en matière de soins de santé que par la faiblesse des systèmes intégrés de gestion, ce qui rend la planification moins efficace et taxe souvent les efforts de coopération.

Au cours de l'année dernière, le groupe d'étude a examiné certaines faiblesses de stuctures et de méthodes et s'est efforcé d'élaborer des recommandations capables d'exercer un effet positif et considérable sur la gestion des ressources en matière de soins de santé en Ontario. Le rapport annuel introduit trois recommandations importantes depuis notre dernier rapport provisoire.

1. Développement de lignes directrices. Il faudrait créer un organisme qui serait chargé du développement de lignes directrices pour la pratique médicale.

2. Programmes de dépistage. Tous les programmes de dépistage devraient être ré-évalués à la lumière d'un ensemble de

critères visant à assurer leur valeur scientifique, la disponibilité des ressources, leur mise en oeuvre appropriée et la responsabilité publique.

3. Évaluation des programmes de santé. On recommande un certain nombre de mesures pour garantir que les programmes de santé seront pleinement examinés du point de vue de leurs effets, tant directs qu'indirects, sur la prestation des soins médicaux.

Ces recommandations, ainsi que celles qui sont présentées dans le rapport annuel, mettent en lumière un certain nombre d'initiatives qui, de l'avis du groupe d'étude, font partie du cadre de travail qui doit être créé par le gouvernement et la profession médicale, en collaboration avec les autres éléments importants du système. De telles initiatives sont essentielles au maintien de la confiance du public dans le système et dans la capacité du gouvernement et des pourvoyeurs à être en mesure d'assurer des soins de qualité, à un coût abordable.

Le groupe d'étude est reconnaissant de l'appui dans son travail que le ministère de la Santé et l'Association des médecins de l'Ontario lui ont accordé au cours de l'année écoulée.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de ma plus haute considération.

Le président,

Graham W.S. Scott, c.r.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé administratif i

Introduction 1

Chapitre I : Initiatives et recommandations relatives aux politiques 3

1. Dépistage 3
2. Initiatives en matière de programmes de santé et leurs répercussions sur les services 4
3. Développement de lignes directrices 6
4. Conseil de l'Ontario pour l'évaluation de la technologie médicale 7
5. Autres mécanismes de paiement 8
6. Examen des codes du régime d'assurance-santé de l'Ontario 8

Chapitre II : Travaux de recherche 10

1. Tests de la fonction thyroïdienne 10
2. Examen des données sur les hôpitaux 10
3. Hypercholestérolémie asymptomatique 11
4. Sondage sur les visites des patients 12
5. Étude de faisabilité sur la gestion de l'ostéoporose 13
6. Vérification portant sur les admissions d'urgence 13

Chapitre III : Révision du plan de travail, des buts et des objectifs 14

Chapitre IV : Orientations futures 17

Annexes

A. Changements au sein du groupe d'étude 18
B. États financiers 19
C. G467 - Diverses techniques thérapeutiques 20
D. Éditorial du Journal de l'Association médicale canadienne 23

RÉSUMÉ ADMINISTRATIF

Voici le sommaire des travaux et des recommandations du Groupe d'étude sur la consommation médicale et la prestation des soins médicaux pour 1989-1990.

RECOMMANDATIONS ACTUELLES

1. **Tous les programmes de dépistage nécessitent un processus d'approbation méticuleux :**
   - Le groupe d'étude éprouve des inquiétudes à l'égard des travaux de sélection qui ne sont pas évalués et suivis de près sur les plans de la santé, des risques et des coûts-avantages. Le groupe d'étude recommande donc que tous les programmes de dépistage soient évalués soigneusement quant à leur valeur scientifique, aux ressources, à leur mise en oeuvre et à des considérations morales, avant que des fonds publics ne leur soient accordés.
2. **Les nouveaux programmes de santé doivent être évalués en fonction de leurs répercussions indirectes sur la prestation des soins, et non uniquement en fonction de leurs répercussions directes :**
   - Des travaux de modélisation économique devraient être entrepris afin de déterminer les comportements médecin/patient pour de nouveaux programmes.
   - Les répercussions des nouveaux programmes sur les autres parties du système de soins de santé devraient être examinées, évaluées et suivies de près.
   - Des programmes permanents destinés à suivre de près l'utilisation et les répercussions sur les coûts devraient être mis sur pied.
   - Les répercussions sur les professionnels de la santé devraient être considérées.
   - Si l'on est en présence de renseignements contradictoires ou incomplets, les avantages, les coûts et l'efficacité des nouveaux programmes devraient être évalués par des organismes indépendants.
3. **L'établissement d'un programme sur les lignes directrices pour la pratique médicale :**
   - Le groupe d'étude appuie la création d'un comité sur les lignes directrices pour la pratique médicale, afin de mettre au point des méthodes de traitement appropriées.
   - Le processus d'élaboration des lignes directrices doit être indépendant, s'appuyer sur les résultats d'études cliniques et de recherche, et considérer les répercussions globales sur les ressources, au sein du système de soins médicaux.
   - Le débat public, ainsi que l'apport des professionnels et de l'industrie privée, sont importants pour l'intégrité du processus, la qualité des soins donnés aux patients et l'utilisation avisée des ressources.
   - Le comité devrait avoir des liens avec le conseil pour la technologie médicale.

RECOMMANDATIONS DU RAPPORT PROVISOIRE

4. **L'établissement du Conseil de l'Ontario pour l'évaluation de la technologie médicale :**

   Le Conseil aurait les caractéristiques suivantes :

   - Servirait de lieu d'échange pour l'évaluation des technologies et des procédés, tant qu'actuels qu'en voie d'apparition.
   - Conseillerait les professions médicales quant à l'utilisation et l'application de ce qui précède.
   - Recommanderait au ministère des solutions quant à l'utilisation et la diffusion des technologies.
   - Recommanderait et suivrait de près des technologies approuvées mais encore naissantes.
   - Collaborerait avec les autres provinces pour échanger de l'information et évaluer de nouveaux développements.
   - Aurait des liens avec l'organisme responsable du développement des lignes directrices.

5. **La flexibilité quant aux modes de rémunération pour la prestation des soins médicaux est appuyée :**

   Les médecins en exercice sont rémunérés de diverses manières, et un système unique et universel pour la prestation des soins ne pourra répondre à la diversité des besoins sociaux auxquels ils doivent faire face.

   - Différents moyens de rémunération ont un effet profitable pour les médecins et les patients.
   - Aucun objectif spécifique pour différents moyens de paiement ne devrait être établi sans la preuve de résultats en matière de santé.
   - Le ministère et les médecins devraient développer une bonne base de données pour évaluer les paiements et les résultats.

TRAVAUX DE RECHERCHE EN COURS

1. **Cholestérol : nouvelles recherches et activités d'éducation :**

   - Une étude de la politique clinique sur l'hypercholestérolémie asymptomatique a été publiée sous la forme d'un numéro spécial du Journal of Clinical Epidemiology.
   - Bien qu'un sondage auprès des médecins indique un degré élevé de reconnaissance des lignes directrices, dans la réalité, les modèles de pratique ne présentent pas d'uniformité quant aux méthodes de traitement.
   - Une brochure sur la diététique est préparée conjointement avec l'Association des diététistes de l'Ontario, aux fins de distribution publique.
   - Des protocoles sur le cholestérol sont présentement mis au point dans une organisation de services de santé.

2. **Étude de recherche sur les tests de la fonction thyroïdienne :**

   - Une ébauche de recommandations portant sur une série de paramètres pour tester la fonction thyroïdienne des patients a été soumise; elle devrait optimaliser les tests tout en maintenant la qualité des soins.

3. **Étude de dix ans sur les tendances dans l'utilisation des services hospitaliers :**
   - Un projet de recherche est en cours pour déterminer les tendances dans les services hospitaliers entre 1980 et 1990.
   - Le projet examinera les changements globaux quant à l'utilisation des hôpitaux, les caractéristiques des patients et les types de maladie.
   - L'analyse devrait donner de l'information sur la façon dont les hôpitaux ont réagi aux besoins d'une population qui se transforme.
4. **Étude de faisabilité sur la gestion de l'ostéoporose :**
   - Un examen des méthodes actuelles de traitement de l'ostéoporose est envisagé.

ASSURANCE DE QUALITÉ ET GESTION DES RESSOURCES – LES DÉFIS CONFRONTANT LES SOINS MÉDICAUX AU COURS DES ANNÉES 1990

INTRODUCTION

La prestation des soins médicaux connaîtra des transformations considérables au cours de la prochaine décennie. Les changements survenus dans le système des soins médicaux et dans les méthodes de prestation des soins ont exercé des influences rapides, complexes et irréductibles, ayant des implications tant manifestes que moins manifestes pour les gouvernements, les prestateurs de soins et le public. Dans l'ensemble, ces changements se sont imposés au système, devançant les efforts des responsables de l'élaboration des politiques et des gestionnaires du système et apportant aux professionnels de la santé de l'information stimulante, déroutante et contradictoire.

L'orientation traditionnelle selon laquelle les soins médicaux sont centrés sur la guérison des maladies, les soins prodigués aux malades et l'isolement des personnes souffrantes, et la dépendance à l'égard des institutions pour la prestation de ces soins sont mises au défi par les récentes priorités en matière de recherche médicale, de prévention des maladies et de programmes communautaires. L'orientation politique qui se traduit par un éloignement des institutions survient cependant à un moment où les nouvelles technologies donnent lieu à des percées importantes en matière de soins aux personnes souffrantes et imposent aux milieux traditionnels de nouvelles exigences quant aux sommes consacrées à la santé

Le responsable de la planification des soins médicaux est confronté à une dilemme de taille. Il faut trouver des ressources pour renforcer le rôle de la prévention des maladies et les initiatives communautaires visant à éviter la maladie, tout en fournissant suffisamment de fonds pour appuyer les nouvelles technologies médicales qui promettent d'améliorer et de maintenir la qualité de vie des personnes souffrantes, d'une manière qui était encore inconcevable quelques mois auparavant. Ces exigences contradictoires ont créé un cauchemar pour les responsables de la planification, qui s'efforcent de tirer le meilleur parti de ressources accrues, qui ne sont toutefois pas à la hauteur des besoins du système.

Par contraste à ces problèmes de grande envergure, nous imposons des exigences plus lourdes au prestateur de services, qui doit également faire face à des changements rapides en matière de procédés et à de nouveaux traitements médicaux qui entrent en usage si rapidement que les médecins n'ont plus l'assurance de gérer leurs ressources et leurs connaissances d'une façon efficace au point de vue santé, ni encore moins selon un bon rapport coût-avantages.

Si ces pressions contradictoires sur les politiques, la gestion et les prestateurs de soins n'étaient pas suffisamment fortes, elles ont été intensifiées par des exigences indéterminées mais irréfutables pour la «mesure des résultats et de l'assurance de la qualité».

La voie vers la solution à ces défis passe par une évaluation efficace et indépendante des soins que nous offrons dans le cadre du système de soins médicaux, laquelle serait traduite en un système intégré de gestion efficace, de manière à guider les responsables de l'élaboration des politiques, les gestionnaires du système, les prestateurs et le public, en vue d'une utilisation efficace des ressources médicales. Simple en apparence, cette solution n'est pas facilement réalisable. On peut emprunter un sentier plus court mais plus difficile, qui traverse une forêt

de données non conçues pour les usages maintenant envisagés, lesquelles doivent à leur tour faire l'objet d'une évaluation indépendante et soigneuse. Ce processus contribuera à une planification et une gestion rationnelles, tandis que, parallèlement, on commence à déployer des efforts considérables pour trouver de nouvelles informations pour la gestion, grâce au développement de méthodes modernes et bien conçues pour la collecte de données.

Il n'est pas facile de mettre au point un bon système intégré de gestion dans une atmosphère combative, qui émane d'un environnement où, dans une grande mesure, le processus décisionnel et l'opposition à celui-ci ont dû se fonder sur une petite part d'informations et une grande part d'opinions. Pour contribuer à la création d'un nouveau cadre de travail permettant de traiter de la prestation des soins médicaux, le ministère de la Santé et le président de l'Association des médecins de l'Ontario ont convenu de mettre sur pied le Groupe d'étude sur la consommation médicale et la prestation des soins médicaux, dans l'espoir que ce groupe collaborerait à chercher des réponses et à présenter des recommandations pratiques et réalistes aux deux parties, afin de mieux servir le public.

Pendant ses deux premières années d'existence, le groupe d'étude s'est penché sur les problèmes qui sont précisés au Chapitre III. Il ne nous a pas été facile de trouver notre chemin à travers les méandres du système et nous avons rencontré plusieurs des difficultés qui créent de la confusion au sein de celui-ci et entravent la communication efficace. Néanmoins, nous croyons avoir contribué de façon réelle et constructive à la compréhension des problèmes que rencontrent tant le gouvernement que la profession médicale, relativement à la prestation des soins médicaux. Enfin, le plus important tient au fait que le groupe d'étude a eu l'occasion de mieux identifier les problèmes au sein du système, d'une manière qui devrait engendrer des solutions.

Dans le cadre de l'examen du rôle joué par le groupe d'étude (Chapitre III), nous avons concentré nos efforts sur deux domaines principaux.

1. La mise sur pied de systèmes internes d'évaluation, afin d'assister dans la gestion et la prestation des soins médicaux professionnels à l'intention de la collectivité; et
2. La recherche de meilleurs systèmes de gestion des ressources, de manière à tirer le meilleur parti des ressources disponibles.

Le groupe d'étude poursuit ces buts en concentrant ses efforts sur quatre grands domaines :

1. utilisation des données, développement et gestion de systèmes,
2. technologie et évaluation de la technologie,
3. efficacité quant aux modèles de pratique et modèles d'auxiliaires de pratique,
4. développement de lignes directrices, commercialisation et surveillance.

Le groupe d'étude croit que son travail dans ces domaines lui permettra de réaliser des progrès considérables dans la poursuite de ses objectifs. Des initiatives en vue de l'instauration d'une méthode permettant d'évaluer efficacement la technologie, la continuation de l'élaboration et de la diffusion de lignes directrices, les répercussions des tendances démographiques sur l'offre et la demande de soins médicaux, les variations dans les soins et des questions connexes (Chapitre III) devraient aider le groupe d'étude à défricher le terrain de manière à répondre aux défis des années 1990, en offrant au public une meilleure assurance de la qualité.

Chapitre I :

INITIATIVES ET RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX POLITIQUES

Voici le résumé de toutes les recommandations relatives aux politiques qui ont été formulées par le groupe d'étude depuis son dernier rapport provisoire déposé en décembre 1989.

1. DÉPISTAGE

Compte tenu d'une intensification des initiatives pour la santé publique en matière de promotion de la santé et de prévention de la maladie, plusieurs organismes et particuliers recommandent divers programmes de dépistage pour la population. Bien que ces programmes s'avèrent efficaces pour certains groupes spécialisés dans un cadre de recherche hautement structuré, il ne s'ensuit pas nécessairement qu'ils auront les mêmes résultats s'ils sont appliqués à l'ensemble de la population. L'enthousiasme engendré par ces nouveaux programmes doit être tempéré par une étude soigneuse de toutes les conséquences qui pourraient en découler. L'introduction prématurée de programmes de dépistage risque de faire augmenter outre mesure les attentes du public, de supplanter d'autres activités établies en matière de santé et d'entraîner d'autres études d'un avantage marginal.

Le mot «dépistage» sert communément à décrire plusieurs activités de détection de la maladie. Le groupe d'étude fait une distinction entre deux formes principales de dépistage :

1) **Recherche des cas :** mesure prise (par un médecin ou un patient) lorsque certains critères appliqués à un patient particulier indiquent qu'il serait prudent de procéder à des tests pour un certain facteur de risque ou maladie.

2) **Dépistage collectif :** chercher à tester toutes les personnes au sein d'une population particulière pour un certain facteur de risque ou maladie.

La première forme de dépistage se rapporte à des décisions prises dans le cadre de soins médicaux continus, lorsque les besoins de patients particuliers peuvent être évalués. Si les résultats des tests suggèrent d'autres mesures, les mécanismes pour faire face à la situation sont déjà en place. Les lignes directrices du groupe d'étude pour la détection de l'hypercholestérolémie sont un exemple de la méthode de recherche des cas. Celle-ci a été recommandée parce que le test permet relativement peu de faire des prédictions et que les avantages pour la santé du dépistage collectif sont douteux.

La méthode du dépistage collectif peut être appliquée plus largement. Elle n'est pas limitée au cadre médical. Cependant, il est nécessaire d'établir avec plus de rigueur les critères pour recommander une telle mesure.

Dans le contexte global de la prestation des soins médicaux, il faut pouvoir démontrer qu'un programme de dépistage collectif fera plus de bien que de mal. Un exemple d'un test pouvant être appliqué globalement à une population spécifique est le test pour l'hypothyroïdie chez les nouveau-nés. Dans ce cas, le test est fiable, sensible et spécifique. Il existe un traitement simple et excellent pouvant prévenir des handicaps mentaux et physiques permanents. Il y a peu d'autres exemples qui indiquent aussi clairement l'attitude à adopter.

Recommandations

Le groupe d'étude recommande d'examiner soigneusement toutes les conséquences de l'application du dépistage collectif, avant la mise en oeuvre de telles mesures. Il propose également les critères suivants lorsqu'on fait l'étude de recommandations en vue du

dépistage. En plus du ministère de la Santé et de l'Association des médecins de l'Ontario, le groupe d'étude exhorte tous les organismes, qu'ils soient publics, privés, bénévoles ou de bienfaisance, à être conscients de ces critères et les observer s'ils appuient, encouragent ou financent tout programme de dépistage.

Voici un exemple des critères à considérer.

a) Valeur scientifique :
   - quel fardeau cette maladie ou incapacité impose-t-elle à la collectivité?
   - existe-t-il une intervention modifiant l'histoire naturelle de la maladie, de manière à améliorer la morbidité ou la mortalité?
   - le procédé de dépistage est-il sensible et spécifique?
   - existe-t-il suffisamment de recherche et de preuves médicales pour justifier le recours au dépistage?
   - existe-t-il d'autres méthodes capables de donner des résultats semblables?

b) Priorités et ressources du système :
   - les ressources requises pour le projet sont-elles pertinentes, compte tenu des besoins en personnel de la collectivité, du temps et des coûts?
   - considère-t-on également d'autres techniques et activités tout aussi valables ou des ressources actuelles sont-elles détournées inutilement?
   - le fardeau additionnel placé sur les ressources consacrées aux soins médicaux est-il hors de proportion avec l'ampleur du problème de santé sous considération?
   - quelles sont les limites d'utilisation des évaluations résultant du dépistage à titre d'instrument de diagnostique général, par rapport à d'autres méthodes?

c) Mise en oeuvre :
   - quels sont les coûts-avantages potentiels du dépistage pour tous les participants?
   - cette procédure engendre-t-elle de nouveaux risques médicaux et de quelle manière sont-ils évalués par rapport à elle?
   - la procédure est-elle acceptable aux patients et aux médecins?
   - quelles implications aurait la mise en oeuvre du programme pour les patients, en ce qui a trait aux inquiétudes, aux stigmates ou à la médicalisation répandues suscitées par elle?

d) Responsabilité publique :
   - le programme soulève-t-il des questions déontologiques ou morales particulières?
   - de quelle manière ces objectifs seront-ils communiqués aux divers groupes?

2. INITIATIVES EN MATIÈRE DE PROGRAMMES DE SANTÉ ET LEURS RÉPERCUSSIONS SUR LES SERVICES

Dans le cadre de son examen de la demande, le groupe d'étude a considéré les répercussions indirectes de la mise sur pied ou de l'expansion de programmes de santé sur la prestation des soins médicaux. Il a vu ses tentatives d'évaluer ces rapports entravées par l'absence de données nécessaires pour quantifier les coûts qui ne sont pas évidents. Néanmoins, le groupe d'étude croit que certaines mesures peuvent et devraient être prises.

Propositions de nouveaux programmes

La plupart des nouveaux programmes de santé, en particulier ceux qui exigent un financement direct, sont généralement approuvés par le Conseil de gestion du gouvernement et le Conseil des ministres, sous la forme de mémoires présentés au Conseil des ministres. Les exigences formelles pour la réalisation de ces documents sont considérables. Les programmes sont généralement créés pour fournir différentes formes de traitements ou de prestation de soins, en réponse à de nouvelles orientations politiques ou à des pressions particulières qui se sont intensifiées avec le temps. Bien que les propositions de programmes soient centrées spécifiquement sur le pourquoi et le comment de leur mise sur pied, ainsi que sur le prix estimatif des articles ou appareils en cause, leurs implications quant à la main-d'oeuvre ou aux visites des médecins sont difficiles à quantifier avec exactitude à partir de l'information provenant des systèmes actuels. En se fondant sur les coûts d'anciens programmes, il semble évident que l'on pourrait engager des coûts connexes dans certains domaines comme l'évaluation et les tests relatifs à l'affection, les visites répétées et les services de laboratoire, mais il est impossible de calculer ceux-ci dans les dépenses initiales du programme.

Mentionnons à titre d'exemple les prothèses auditives en vertu du Programme des appareils et accessoires fonctionnels. Ce programme, qui fournit des prothèses auditives aux enfants depuis son instauration en 1982, a été ouvert aux adultes en 1989. Bien qu'on ait calculé les coûts relatifs aux honoraires pour la préparation et aux appareils, on n'a pas évalué ou déterminé clairement les coûts des soins et des visites répétées selon le barème du régime d'assurance-santé de l'Ontario.

Les membres du groupe d'étude ne prennent pas position quant à la décision de principe d'élargir le programme. Cependant, ils se préoccupent des causes possibles de ces augmentations, à savoir si elles avaient été complètement prévues, et de l'absence apparente de système permettant de surveiller les visites aux médecins et aux audiologistes, pour des tests et de nouvelles évaluations.

On trouve un autre exemple dans le domaine de la prévention de la maladie et la promotion de la santé. Plusieurs initiatives souhaitables dans ce domaine pourraient engendrer une utilisation accrue des médecins et des services de laboratoire, ainsi que l'établissement ad hoc de procédés pour répondre à l'éveil de l'intérêt public quant aux questions de santé.

Compte tenu de la complexité des problèmes relativement à la mesure, la compréhension et la gestion des coûts des soins de santé, le groupe d'étude considère qu'il faudrait développer et instaurer certaines méthodes et certaines démarches, afin d'obtenir une image réaliste de la demande prévue et des coûts connexes, lors de la mise au point de nouveaux programmes ou de l'élargissement de programmes actuels. La demande et le débat à propos des facteurs qui la stimulent seront probablement moins bien éclairés et moins constructifs si ces initiatives ne sont pas évaluées complètement au préalable, puis surveillées de façon effective.

Le moyen le plus direct d'affecter des dépenses pour les services médicaux est par le biais du barème des avantages au titre du régime d'assurance-santé de l'Ontario. Le ministère détermine quels nouveaux services seront couverts, en se guidant généralement sur les recommandations de l'Association des médecins de l'Ontario. Cependant, le gouvernement se réserve le droit de modifier le barème, sans nécessairement procéder à des consultations avec l'AMO. On peut mentionner à titre d'exemple l'introduction de l'examen de santé annuel au début des années 1970 et, en 1989, la levée des restrictions quant aux circonstances dans lesquelles l'hypnothérapie peut faire l'objet d'une demande d'indemnité. Par le passé, il était impossible de faire une demande d'indemnité pour l'hypnothérapie avec un diagnostique d'acnée, de psoriasis, de tabagisme, d'obésité ou en conjonction avec un accouchement.

Lorsqu'on décide de l'inclusion de nouveaux services au titre du régime d'assurance-santé de l'Ontario, de l'introduction de nouveaux programmes ou de l'élargissement des programmes actuels, on devrait pouvoir noter un avantage ou une amélioration correspondante du bien-être de la collectivité touchée par la décision. De toute évidence, il faut établir un équilibre entre les coûts de ces services et les personnes qui en profiteront, immédiatement et dans l'avenir.

Recommandations

Nous avons identifié un certain nombre de méthodes qui pourraient s'avérer utiles dans la planification et l'instauration de programmes de santé nouveaux ou élargis. Le fait de prendre des mesures dans ces domaines contribuera à améliorer la gestion des politiques et des programmes de soins de santé, tant actuellement que dans l'avenir.

Nous recommandons plusieurs étapes dans le cadre du processus décisionnel. Le ministère devrait estimer les répercussions indirectes sur les coûts qui seraient exercées par les nouveaux programmes proposés sur les programmes continus en vigueur, puis établir un système intégré de gestion, de manière à suivre de près la situation réelle. Bien que ce processus requière du temps et des ressources additionnelles, les responsables de l'élaboration des politiques devraient porter attention aux effets possibles de ces programmes, à court et à long terme, sur les ressources actuelles du système. C'est un domaine dans lequel une certaine mesure de modélisation économique du système de santé serait souhaitable.

Voici certaines des mesures qui devraient être considérées par le ministère et, en fait, par les organismes gouvernementaux dont les programmes peuvent influer sur la demande de soins médicaux :

(1) Le développement de méthodes pour modéliser les répercussions du comportement patient/médecin par rapport à des programmes particuliers.

(2) Les effets possibles d'un nouveau programme sur les autres parties du système, comme les consultations avec les médecins et l'utilisation des services de laboratoire.

(3) La conception de procédés afin d'envisager des réactions pertinentes à l'imposition possible de nouvelles exigences aux professionnels de la santé, lesquelles découleraient du programme.

(4) Aucun nouveau programme ne devrait être établi sans être accompagné d'un système intégré de gestion conçu pour aider à déterminer son efficacité et ses coûts réels.

(5) Des études spéciales devraient être effectuées lorsqu'on est en présence de preuves incomplètes ou contradictoires quant aux coûts, aux avantages et à l'efficacité du nouveau programme.

(6) On devrait s'efforcer, par des moyens réalistes, d'examiner et de suivre de près les programmes actuels dont les répercussions indirectes sur les programmes continus n'ont pas été évaluées, et on devrait préparer des devis sur les coûts réels et projetés pour tous les programmes en vigueur dont l'expansion possible est envisagée.

Il est impossible de percer l'énigme de ce qui constitue la force motrice de l'utilisation, sans avoir de meilleures informations sur plusieurs fronts. Les nouveaux programmes ont souvent des répercussions sur d'autres éléments au sein du système de soins de santé, même si cela n'était pas l'intention lors de leur mise en oeuvre. Si nous voulons réaliser notre idéal de ce qui constitue l'utilisation et atteindre notre capacité à mieux gérer les soins médicaux, cette question doit faire l'objet de notre attention spéciale et d'une vigilance continue.

3. DÉVELOPPEMENT DE LIGNES DIRECTRICES

Suite à la publication du rapport sur l'hypercholestérolémie asymptomatique, en avril 1989, les membres du groupe d'étude ont eu une expérience immédiate de l'aspect controversé et de la complexité qui sont propres au développement de lignes directrices. Les résultats d'une telle controverse ne doivent pas aller à l'encontre du droit des patients à exiger des méthodes de traitement sérieuses et du droit des médecins à avoir accès à de telles méthodes. Les opinions expertes sont en divergence sur la plupart des questions relatives aux traitements et elles sont chaudement débattues dans les milieux académiques et les publications médicales, comme cela doit être. Cependant, il n'est pas suffisant de laisser à chaque médecin, qui est exposé par hasard à ces débats, le soin de décider des programmes de traitement. De toute évidence, il faut mettre au point une méthode permettant d'examiner et d'évaluer objectivement ces questions, sans les pressions particulières de groupements d'intérêts rivaux.

Le Dr Adam Linton et le Dr David Peachey, qui sont des anciens membres du groupe d'étude, ont développé une méthode pouvant répondre à ces préoccupations, dans des articles publiés dans le Journal de l'Association médicale canadienne. Ces articles, qui soulignent les difficultés auxquelles fait face la profession médicale relativement à ces questions, recommandent ce qui suit :

- que les lignes directrices soient écrites de manière à améliorer la qualité des soins et non de manière à limiter la prestation des soins,
- qu'elles soient facultatives et permissives,
- qu'elles comprennent une évaluation économique raisonnable des procédures, qui ne viserait pas à limiter les processus uniquement pour des raisons fiscales,
- qu'elles soient sensibles aux préoccupations sociales et qu'il soit possible de les débattre,
- que les lignes directrices relativement à une pratique optimale puissent, en réalité, se traduire par une augmentation des coûts,
- qu'une réévaluation constante soit nécessaire pour refléter les progrès dans la gestion médicale.

Ils recommandent la création d'un comité sur les lignes directrices pour la pratique médicale, qui aurait des liens avec une grande variété de groupements et avec le gouvernement, mais qui devrait être indépendant. Ce comité serait rattaché au groupe d'étude et à toute structure responsable d'examiner la technologie médicale.

Le groupe d'étude a appliqué et examiné soigneusement les propositions des docteurs Linton et Peachey. Il appuie leur méthode parce qu'elle représente un processus ouvert, équitable et positif pour faire face aux défis qui confrontent les médecins, les patients et les gouvernements dans la prestation de soins médicaux de haute qualité. L'établissement de lignes directrices ne sera pas chose facile, mais l'inaction dans ce domaine pose des risques de plus en plus grands.

Le groupe d'étude souhaite travailler de façon constructive avec la ministre de la Santé et le président de l'Association des médecins de l'Ontario en vue d'une amélioration de la qualité des soins fournis, d'après des lignes directrices fermement établies en matière de traitement. On trouvera à l'Annexe D du rapport la copie d'un éditorial récent à ce sujet paru dans le Journal de l'Association médicale canadienne.

4. CONSEIL DE L'ONTARIO POUR L'ÉVALUATION DE LA TECHNOLOGIE MÉDICALE

Comme la plupart des systèmes, les soins médicaux fonctionnent comme une série d'éléments qui s'influencent réciproquement. L'évaluation de la technologie est rattachée à plusieurs domaines, y compris les lignes directrices, la demande, les systèmes de gestion et les résultats.

Le groupe d'étude recommande la création d'un conseil pour l'évaluation des technologies nouvelles et actuelles. Le Conseil de l'Ontario pour l'évaluation de la technologie médicale (COETM) serait composé d'un conseil, d'un groupe consultatif scientifique, ainsi que d'un petit groupe central travaillant sous l'autorité d'un directeur.

Le COETM aurait les caractéristiques suivantes :

- être indépendant au point de vue scientifique
- jouer un rôle de chef de file au niveau académique et professionnel
- évaluer les technologies en fonction de leur efficacité
- être appuyé financièrement par le ministère de la Santé
- être rattaché à un organisme responsable de l'élaboration de lignes directrices.

Les membres sont d'avis que l'établissement du COETM servira de base à un examen indépendant des technologies en cours d'utilisation et à l'évaluation de nouveaux développements, de sorte que le ministère et les médecins puissent faire le meilleur usage possible de ces ressources. Les activités de recherche du COETM seraient le point central d'efforts concertés dans le domaine scientifique et serviraient à accroître la compréhension et la confiance du public quant au rôle de la technologie dans la prestation des soins médicaux.

Le groupe d'étude recommande :

1) que le gouvernement de l'Ontario, par l'entremise du ministère de la Santé, crée le Conseil de l'Ontario pour l'évaluation de la technologie médicale, afin d'évaluer les technologies existantes et naissantes et de faire des recommandations quant à leur utilisation, à leur évaluation et à leur diffusion.
2) que le ministère nomme un Conseil d'administration composé de sept membres, y compris des candidats présentés par d'autres organismes de soins médicaux, et qui sera chargé d'approuver et de superviser les politiques régissant le Conseil.
3) que le Conseil nomme un directeur de l'évaluation de la technologie chargé de créer un groupe de soutien permanent et de gérer les activités continues du Conseil.
4) que le Conseil, sur l'avis du directeur, nomme un Groupe consultatif scientifique chargé d'aviser le directeur concernant la gestion scientifique du processus d'évaluation et recommande les projets à examiner.
5) que le COETM s'assure que tous les travaux d'évaluation de la technologie effectués par le Conseil font l'objet d'un suivi et d'une mise à jour appropriés.
6) que, sous la direction du président du Conseil, le directeur assume le rôle d'agent de liaison principal avec l'OCETM en vue d'influer sur son fonctionnement et fasse participer étroitement l'OCETM aux projets de l'Ontario, de même que de fournir des informations et de l'aide à l'OCETM.

Appuis

Depuis la diffusion publique du rapport, le Comité d'enquête de l'Ontario sur les produits pharmaceutiques, l'Ontario Hospital Association, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario ont indiqué leur appui à la proposition. D'autres commissions sur la santé en Alberta, en Saskatchewan, en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick ont fait des recommandations semblables, et le Québec a déjà établi son propre mécanisme pour faire l'évaluation de la technologie. Il est essentiel de procéder à l'évaluation de la technologie d'une façon coopérative si nous voulons en arriver à mieux comprendre de quelle manière ces développements se répercutent et exercent leur influence sur les soins médicaux. (Voir le rapport provisoire de décembre 1989).

5. AUTRES MÉCANISMES DE PAIEMENT

Dans notre dernier rapport, nous avons traité de la relation qui existe entre les mécanismes de rechange pour les paiements et la mesure des résultats, aux plans médical et économique, de ces systèmes de prestation sur les soins des patients. Il s'agit d'une question à la fois complexe et importante quant à l'attribution continue des ressources et à la façon dont les soins médicaux sont perçus et utilisés. Il n'existait cependant aucun modèle permettant de comparer ou d'évaluer, de façon satisfaisante, divers modes de financement en Ontario. Cette situation était attribuable à plusieurs facteurs comme l'absence de données comparables, la nouveauté relative de certains systèmes de prestation et la pénurie d'information sur différentes populations de patients. En conséquence, le groupe d'étude a formulé les recommandations suivantes :

1) qu'une diversité de mécanismes pour la prestation des soins est bénéfique et souhaitable, tant pour les docteurs que pour les consommateurs,
2) que le ministère ne devrait pas établir des objectifs ou des niveaux spécifiques pour tout mécanisme de prestation particulier, sans avoir la preuve suffisante d'une amélioration des résultats en matière de santé,
3) que le ministère et les médecins fassent un effort concerté pour développer des bases de données normalisées pour tous les types de prestations de soins à long terme, de sorte que leurs rapports avec les résultats en matière de santé soient clairement évalués et compris.

Les membres sont conscients du fait qu'on procède de façon continue à des recherches visant à jeter plus de lumière sur des mécanismes de rechange en matière de paiement. Bien que le groupe d'étude donne son appui aux travaux qui aideront à la création de politiques réalistes relativement à ces mécanismes, il considère qu'à court terme, il est encore trop tôt pour encourager ou appuyer tel ou tel mécanisme de paiement particulier comme le modèle souhaitable pour l'Ontario.

6. EXAMEN DES CODES DU RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DE L'ONTARIO

Le groupe d'étude fait actuellement l'examen de plusieurs codes du régime d'assurance-santé de l'Ontario.

- G467 - un examen du rôle de diverses techniques thérapeutiques pratiquées dans les bureaux des médecins,
- T3, T4 et TSH - tests de la fonction thyroïdienne (voir la section traitant des travaux de recherche)
- une étude des codes relatifs à l'audiologie couvrant l'évaluation et l'ajustement des prothèses auditives.

Ces travaux ont pour objet d'aider les membres à présenter des recommandations constructives sur la substance des domaines faisant l'objet d'une croissance rapide, dans le cadre du régime d'assurance-santé de l'Ontario.

Les méthodes pour évaluer les codes du régime d'assurance-santé de l'Ontario ne sont pas simples. La croissance en volume et en actes médicaux peut être attribuable à plusieurs facteurs complexes, et il faut tenir compte des besoins légitimes en matière de santé. Il est nécessaire de définir les types d'affections traitées, la structure du barème d'honoraires et ses répercussions, les changements dans les méthodes de traitement, la disponibilité des services à l'échelle régionale, ainsi que divers autres facteurs influant sur la demande. Il n'est peut-être pas possible, ni même souhaitable, de chercher à obtenir des données sur le comportement de particuliers, par souci du caractère confidentiel de ces renseignements.

G467 - Diverses techniques thérapeutiques

La prestation de services de thérapie physique a augmenté considérablement, notamment dans certaines régions particulières de l'Ontario. Les 50 médecins qui ont facturé le plus au titre de ce code (seulement 3,6 p. 100) représentent presque 50 p. 100 du volume total des actes médicaux. Presque les deux tiers de cet accroissement est attribuable à de nouveaux venus (sur le marché du code G467), tandis que le reste provient de médecins établis offrant des services thérapeutiques depuis 1980-1981. On trouvera des renseignements plus précis sur ce code à l'Annexe C du rapport.

Les obstacles et la complexité de la question font croire au groupe d'étude que les causes véritables de l'augmentation ne pourront être identifiées qu'au prix d'un effort considérable,

au moyen des données disponibles ou par des consultations avec les médecins qui emploient ce code.

Les services fournis devront peut-être être redéfinis ou clarifiés, une tâche qui relève normalement de la compétence du comité sur les honoraires de l'Association des médecins de l'Ontario. Le groupe d'étude a référé la question à l'AMO, qui a établi un comité spécial chargé d'examiner le code du point de vue de l'assurance de la qualité.

Ce comité spécial de l'AMO transmettra ses recommandations au comité sur les honoraires de l'AMO, qui considérera les avantages et les difficultés d'ordre pratique relativement à leur mise en application dans le cadre du barème d'honoraires de l'AMO. Les modifications apportées au barème sont envoyées au régime d'assurance-santé de l'Ontario qui détermine, sur consultation avec le Service aux professionnels du ministère de la Santé, si ces changements doivent être inclus dans le barème des avantages du régime.

Chapitre II :

TRAVAUX DE RECHERCHE

1. TESTS DE LA FONCTION THYROÏDIENNE

En mars, le groupe d'étude a approuvé une étude de recherche sur l'utilisation des tests de la fonction thyroïdienne dans la province. Une commission d'enquête constituée d'omnipraticiens et de spécialistes, sous la présidence du Dr Denis Macdonald, vice-président de la section de médecine de laboratoire de l'AMO, a été créée. Ce groupe évalue l'utilisation des tests et leur utilité à diagnostiquer des symptômes, et élabore des lignes directrices pour aider les omnipraticiens à traiter leurs patients.

On se sert des tests de la fonction thyroïdienne pour évaluer le fonctionnement de la glande thyroïde. Lorsque la glande thyroïde est trop active, on note divers symptômes comme la perte de poids et une transpiration excessive. Par contre, lorsque son fonctionnement est insuffisant, le patient peut faire preuve de léthargie, prendre du poids ou manifester des signes généralement rattachés à la dépression nerveuse. Les tests sont nécessaires pour distinguer les anomalies de fonctionnement de la glande thyroïde d'une variété d'affections cliniques semblables. Selon des données recueillies entre 1983-1984 et 1987-1988, l'utilisation des deux principaux tests de la fonction thyroïdienne a grimpé de 67 p. 100, pour atteindre des coûts d'environ 25 000 000 $ en 1987-1988.

La commission d'enquête a considéré un certain nombre de questions dans son étude, y compris :

- les caractéristiques de performance des tests,
- les pratiques actuelles pour les réquisitions de tests,
- le développement de lignes directrices pour faire les réquisitions de tests, de façon appropriée,
- le développement d'algorithmes de diagnostique pour l'interprétation des résultats et la séquence des opérations de test,
- l'identification de stratégies pour modifier les modèles de réquisition des médecins.

Les membres de la commission d'enquête ont consulté une variété de groupements et d'organisations, dans la préparation de leur rapport. L'ébauche des recommandations a été soumise à l'examen des membres.

2. EXAMEN DES DONNÉES SUR LES HÔPITAUX

Comme nous l'avons indiqué dans notre rapport provisoire de décembre :

> *«Les obstacles systémiques à l'obtention de données adéquates demeurent une source d'inquiétude. Le manque d'uniformité quant à la nature des données, ainsi qu'au moment et à l'endroit où elles ont été recueillies, en plus des restrictions imposées par le respect du caractère confidentiel, viennent s'ajouter au fardeau que représente l'analyse qualitative.»*

Au cours de l'année écoulée, nous avons recueilli une base de données complète provenant de l'Hospital Medical Records Institute (HMRI) afin d'entreprendre une analyse statistique de grande envergure sur les tendances dans les soins hospitaliers entre 1979 et 1989. Ce sont les données les plus complètes et les plus cohérentes que nous ayons sur l'utilisation des hôpitaux.

Pour comprendre les demandes en matière de soins de santé, nous devons analyser les tendances qui se dégagent. Il n'est pas suffisant d'affirmer que les coûts des hôpitaux augmentent si nous sommes incapables d'évaluer avec plus d'exactitude les pressions médicales. Les données brutes fournies par la HMRI doivent être traitées encore davantage pour donner accès à de nouveaux niveaux d'information.

En mai, le groupe d'étude a approuvé une étude de recherche en vue d'examiner les transformations de la demande de soins médicaux dans les hôpitaux ontariens, à partir des données de la HMIR. Les professeurs Frank Denton et Byron Spencer, de l'Université McMaster, analyseront ces données et présenteront un rapport aux membres pendant la première moitié de 1991. Ce rapport devrait nous éclairer sur des questions fondamentales relativement à la transformation des modèles de soins.

3. HYPERCHOLESTÉROLÉMIE ASYMPTOMATIQUE

Le rapport d'orientation sur la détection et la gestion de l'hypercholestérolémie asymptomatique a été remis en avril 1989. Depuis lors, le groupe d'étude a entrepris un certain nombre d'activités conçues pour répondre à une grande variété de questions à caractère médical.

Les tests pour le cholestérol sont un exemple de la façon dont patients et médecins abordent un problème médical particulier. Il faudra examiner soigneusement et modifier plusieurs comportements et plusieurs procédés si l'on veut suivre des modèles de traitement appropriés. Cette question se rattache à un phénomène qui a été abordé dans des rapports antérieurs et identifié par le terme variations quant au modèle de pratique. En général, cette expression fait référence à des études révélant que les médecins dans deux régions différentes utilisent souvent des méthodes différentes pour traiter des patients présentant les mêmes symptômes. Pourquoi? On ne saurait répondre simplement à cette question.

Nous avons l'impression que les méthodes de traitement de l'hypercholestérolémie ou de toute autre maladie ou affection dépendent d'une variété de facteurs, notamment la formation du médecin, son âge, son lieu géographique, son expérience antérieure dans le traitement de l'affection, l'influence de pairs, les interactions avec le patient et les attentes de celui-ci, le degré de connaissance quant à des solutions de rechange au traitement, les publications scientifiques actuelles et plusieurs autres facteurs.

Voilà pourquoi le groupe d'étude considère la question du cholestérol comme un cadre de travail touchant à plusieurs de ces questions; la poursuite des travaux dans ce domaine devrait nous apporter de meilleures méthodes pour traiter de ces questions.

i) Étude des publications/Numéro spécial

À mesure que de nouvelles preuves scientifiques provenant des études sur le cholestérol sont apparues, elles ont été examinées pour déterminer s'il était nécessaire d'apporter des changements au rapport d'orientation publié en avril 1989. Nous avons soumis au Journal on Clinical Epidemiology une étude de la politique clinique sur l'hypercholestérolémie, complétée par d'autres analyses et des conclusions, laquelle fut publiée sous la forme d'un numéro spécial en octobre. Ce rapport, qui a été examiné par des pairs à l'échelle internationale, constitue une étape importante dans le développement de la méthode épidémiologique, qui fut mise de l'avant dans le premier rapport. Les recommandations originales restent essentiellement les mêmes et les passages traitant du rôle des éléments sanguins, de la famille, des antécédents et des tests pour différents groupes d'âge ont été mis à jour. Le groupe d'étude tient à reconnaître les efforts soutenus du D[r] David Naylor, du D[r] Antoni Basinski, du D[r] John Frank et du D[r] Michael Rachlis.

ii) Sondage auprès de médecins

L'une des conséquences de la diffusion du premier rapport fut son impact potentiel sur les modèles de pratique des médecins dans le traitement de cette affection. Les études de recherche ont démontré que, malgré la publication de lignes directrices par divers organismes cliniques, les docteurs peuvent être lents à changer la façon dont ils pratiquent la médecine. Les membres ont convenu du besoin de procéder à une autre étude pour évaluer l'influence des lignes directrices sur les omnipraticiens.

La société Environics Research Group Ltd. a été choisie pour effectuer un sondage auprès de 600 omnipraticiens, entre décembre 1989 et janvier 1990, en vue de déterminer leur degré de compréhension et d'engagement quant à la mise en oeuvre de ces lignes directrices. Les résultats ont indiqué que ces médecins sont bien sensibilisés à l'existence des lignes directrices du

groupe d'étude et que plusieurs d'entre eux estiment suivre ses recommandations ou avoir modifié leur pratique afin de s'y conformer.

Cependant, l'analyse des réponses sur les méthodes de traitement indique que la plupart des médecins ne s'en tiennent pas à un modèle ou à un ensemble de lignes directrices. Il n'existe aucune loyauté démontrable à l'égard de l'une ou l'autre des lignes de conduite publiées par le groupe d'étude, le Congrès du consensus canadien sur le cholestérol, les compagnies pharmaceutiques ou les laboratoires.

Bien que ces résultats soient décevants, ils n'ont pas surpris le groupe d'étude et ne doivent pas être considérés comme une indication du succès ou de l'échec des lignes directrices. Cette étude, qui vient plutôt renforcer certaines recherches antérieures indiquant que les changements dans les modèles de pratique ne s'opèrent pas facilement, souligne la nécessité d'étudier et de tester encore davantage les moyens par lesquels on peut aider les médecins à accepter de nouveaux modèles de pratique.

iii) Brochure sur la diététique

Dans le cadre des rapports original et révisé, le groupe d'étude a appuyé des efforts visant à promouvoir de bonnes habitudes diététiques dans la population. En collaboration avec l'Association des diététistes de l'Ontario, le groupe d'étude fait actuellement la révision d'une brochure destinée aux patients et au grand public, afin de répondre à certaines questions sur le cholestérol et le rôle de bonnes habitudes alimentaires dans la prévention des maladies coronariennes. On prévoit que ces brochures seront diffusées au début de la nouvelle année.

iv) Mise en application des lignes directrices

Un groupement médical ontarien effectue actuellement un projet de recherche pour déterminer faisabilité d'introduire dans la pratique clinique quotidienne les lignes directrices recommandées sur le cholestérol. La première phase de l'étude, qui est presque achevée, a identifié certaines des difficultés propres à la mise en application d'un protocole à plusieurs étapes. Dans le cadre de la deuxième phase, on se servira d'un programme d'ordinateur pour déterminer s'il est possible de régler les problèmes relatifs à la documentation, au suivi et au retour d'information. On espère que l'expérience acquise à la suite de ce projet non seulement encouragera l'utilisation du protocole sur le cholestérol dans d'autres pratiques médicales, mais aussi apportera certains éclaircissements qui faciliteront l'adoption d'autres lignes directrices cliniques, à mesure qu'elles deviennent disponibles.

4. SONDAGE SUR LES VISITES DES PATIENTS

Dans le cadre de ses efforts continus pour recueillir des données nous permettant de mieux comprendre les questions relatives à la demande, l'AMO a fait un sondage auprès d'un échantillon de 1 000 omnipraticiens choisis au hasard, au printemps 1989. L'objet du sondage était d'évaluer le type de maladie ou d'affection présentée par leurs 50 premiers patients, suite à la réception du questionnaire.

Il existe très peu d'information concrète sur ces services au niveau des soins primaires. Des données sur plus de 16 000 patients ont été recueillies et analysées. Les points saillants de l'étude sont les suivants :

- près de 80 p. 100 des visites ont été inscrites comme ayant été faites à l'initiative du patients ou d'un gardien du patient,
- 36 p. 100 de tous les patients ont pris rendez-vous avec le médecin pour une visite de suivi; la contradiction apparente avec le 80 p. 100 de visites faites à l'initiative du patient s'explique par le fait que la moitié des rendez-vous pour le suivi ont été annulés,
- 6,9 p. 100 de tous les patients ont été référés à des spécialistes,
- 39,5 p. 100 des problèmes présentés avaient trait à de nouvelles maladies, tandis que 17 p. 100 des visites portaient sur le traitement d'affections chroniques,
- les patients référés par des tiers représentaient 2,7 p. 100 de toutes les visites, les employeurs étant le tiers le plus souvent mentionné,
- à 17,2 p. 100 de toutes les visites et à un coût de plus de 200 000 000 $ en honoraires, les infections respiratoires supérieures et les affections connexes étaient le problème le plus commun présenté aux omnipraticiens; seulement 1,29 p. 100 de ces patients ont été référés à des spécialistes pour traitement;
- 33,8 p. 100 de tous les patients ont reçu une ordonnance de leur médecin; les patients de 64 ans et plus n'étaient que légèrement plus susceptibles de recevoir une ordonnance (38,9 p. 100) que la moyenne.

Le groupe d'étude continue d'analyser les résultats du sondage et se concentre maintenant à mesurer les effets de l'augmentation du nombre de visites à l'heure sur les modèles de pratique des médecins. D'après les résultats préliminaires, le volume de patients n'a pas un effet manifeste sur les habitudes des médecins en matière d'ordonnances et de renvois. Il se pourrait qu'un autre sondage des médecins soit entrepris.

5. ÉTUDE DE FAISABILITÉ SUR LA GESTION DE L'OSTÉOPOROSE

Dans notre dernier rapport, nous avons passé en revue nos travaux relativement à l'emploi de l'absorptiométrie photonique bichromatique (DPA) en tant qu'instrument technique pour la mesure du contenu en minéraux des os, dans le cadre du traitement asymptomatique de l'ostéoporose. Cette affection médicale fait actuellement l'objet d'une somme considérable de recherches et plusieurs méthodes de traitement ont été recommandées.

L'ostéoporose est une maladie chronique affectant la masse osseuse, qui se rencontre généralement chez les femmes après la ménopause. Elle peut occasionner des fractures et engendrer une dégénérescence de la colonne vertébrale, ce qui nuit à la santé et à la qualité de vie. L'évaluation et le traitement de cette affection soulèvent des questions relativement aux tests, à la prévention, à la pharmacothérapie, à l'utilisation des ressources et aux résultats. Des recherches sont actuellement en cours en Ontario, à travers le Canada et dans d'autres pays afin d'évaluer diverses thérapies et leurs résultats. Le groupe d'étude ne compte pas entreprendre ses propres recherches sur les aspects cliniques des tests et du traitement, mais il s'inquiète du fait que des lignes directrices ou des méthodes de traitement contradictoires pourraient embrouiller les patients et même avoir des effets douteux sur les soins.

Pour traiter de cette question importante, le groupe d'étude compte financer une étude pour examiner et évaluer l'état actuel des traitements recommandés par différents organismes, les ressources qui sont présentement utilisées et les stratégies qui peuvent être développées pour assister les médecins et les patients à faire face à cette maladie.

6. VÉRIFICATION PORTANT SUR LES ADMISSIONS D'URGENCE

Dans le cadre de son étude sur les questions relatives à la demande, le groupe d'étude a entrepris un petit projet de recherche pour examiner la durée de séjour et la pertinence des admissions dans trois hôpitaux du sud de l'Ontario. Les membres ont étudié le rapport et convenu de ne pas poursuivre leurs travaux dans ce domaine pour le moment, compte tenu de la complexité du problème et des autres priorités du groupe d'étude.

Chapitre III :

RÉVISION DU PLAN DE TRAVAIL, DES BUTS ET DES OBJECTIFS

PLAN DE TRAVAIL ORIGINAL

Dans son plan de travail initial, établi au printemps 1988, le groupe d'étude a concentré ses efforts sur cinq vastes domaines :

1) la technologie et la nécessité d'évaluer ses répercussions en aval,
2) la rémunération à l'acte et les mécanismes de financement d'autres modalités de paiement,
3) l'efficacité dans les modèles de prestation des soins,
4) les répercussions démographiques sur les modèles de pratique, et
5) les facteurs influant sur la demande.

Pour exécuter des projets dans les vastes domaines ci-dessus, nous avons établi les buts et les objectifs fondamentaux suivants :

- améliorer la qualité des soins et des services offerts au public,
- avoir l'esprit pratique, du point de vue du gouvernement et des travailleurs de la santé, et
- être raisonnable quant aux objectifs réalisables.

Le plan de travail original, ainsi que nos buts et objectifs en vue de le réaliser, ont dominé nos activités et sont à l'origine des initiatives et des recommandations présentées dans les rapports précédents.

Bien que le groupe d'étude soit d'avis qu'il a joué un rôle considérable en confrontant certaines des questions régissant l'utilisation et la prestation des soins médicaux, il est très clair que beaucoup reste encore à faire. Dans le cadre de notre travail, nous avons fait face à des obstacles qui requièrent une attention spéciale, mais qui néanmoins doivent être surmontés si l'on veut satisfaire aux besoins du public, des professionnels de la santé et du gouvernement, de manière à offrir des services de qualité, à un prix abordable.

Les obstacles sont nombreux et très variés. Mentionnons entre autres le conservatisme inhérent du système et de ses pratiques, ainsi que l'absence de systèmes intégrés de gestion adéquats pour aider dans la réforme des politiques.

Jusqu'ici, l'expérience acquise par le groupe de travail dans le cadre de ses initiatives a convaincu les membres que beaucoup de travail encore peut et doit être accompli, et que nous devrions procéder à un examen de notre plan de travail, de manière à nous assurer que nos projets répondent le mieux aux besoins de l'Ontario.

ÉVOLUTION DES PROCESSUS ET DES MÉTHODES

Le travail du groupe d'étude sur l'évaluation de la technologie et le cholestérol s'est concentré sur des questions d'importance cruciale qui sont en voie d'apparition, tels le rôle central de la technologie comme force motrice du système des soins médicaux et la nécessité de lignes directrices élaborées de façon indépendante et examinées par des pairs, pour aider dans la prestation de soins médicaux de qualité. Ces questions sont représentatives des développements qui ont lieu partout au Canada et dans d'autres pays. La création de politiques régissant l'utilisation des services médicaux est un élément essentiel de la façon dont nous envisageons les soins médicaux dans la société et de nos attentes quant aux objectifs à atteindre.

Bien que l'assurance de la qualité, la mesure des résultats et le maintien de systèmes de gestion aient pris de l'importance, ils n'ont pas encore pleinement défini les concepts discutés et poursuivis dans les milieux professionnel, gouvernemental, institutionnel et académique, ainsi que dans le public.

Les membres du groupe d'étude, qui ont participé et prêté oreille à ces discussions, sont encouragés par leur quantité et leur qualité. Cependant, les questions débattues sont complexes et la façon dont elles sont traitées aura une influence profonde sur la façon dont s'effectuera la prestation des soins médicaux dans l'avenir. Il est important de rejeter le désir de solutions miracles et simplistes au profit de réponses créatives et bien pensées, qui pourront être débattues et considérées de façon constructive par toutes les parties en cause. Les attentes placées sur notre système de santé reflètent des valeurs sociales profondes et bien ancrées. Les gouvernements et les professions de la santé ont la responsabilité de s'assurer que les changements s'insèrent dans une structure réaliste de ressources et de services, et sont bien compris du public.

EXAMEN DU PLAN DE TRAVAIL

À la lumière de tous ces facteurs, le groupe d'étude a entrepris un examen complet de ses buts et objectifs par rapport à ses réalisations accomplies jusqu'ici, à ses initiatives prévues et à l'impact des transformations de l'environnement quant à l'utilisation et la prestation des soins médicaux.

Dans le cadre de cet examen, les membres ont demandé que leur mandat et leurs activités soient passés en revue par le sous-ministre de la Santé et le secrétaire général de l'Association des médecins de l'Ontario. Ces rencontres, qui ont eu lieu à la mi-juillet, ont donné aux membres l'occasion d'assister à la présentation d'exposés des docteurs Martin Barkin et Ed Moran, pour évaluer leurs activités antérieures et de considérer de nouvelles orientations en vue d'une prestation plus efficiente des soins médicaux.

Deux thèmes connexes se sont dégagés de l'examen des activités du groupe d'étude. En premier lieu, nous devrions centrer davantage nos efforts sur les moyens à prendre pour fournir aux docteurs les instruments nécessaires pour améliorer la qualité des soins et renforcer la confiance du public quant à l'assurance de la qualité et à l'assistance dans l'évaluation des résultats. En second lieu, nous devrions nous occuper de questions relatives à la gestion des soins médicaux dans le cadre du système, afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience de la prestation des soins médicaux.

PLAN DE TRAVAIL RÉVISÉ

Nous avons centré notre plan de travail sur ces thèmes, ce qui nous a amenés à identifier les domaines suivants en matière de priorités :

i. utilisation des données, développement et gestion de systèmes,

ii. technologie et évaluation de la technologie,

iii. efficacité quant aux mod^l^es de pratique et modèles d'auxiliaires de pratique,

iv. développement de lignes directrices, commercialisation et surveillance.

i) Utilisation des données, développement et gestion de systèmes

Dans des rapports antérieurs, le groupe d'étude a souligné les problèmes et les frustrations relativement à l'absence de bonnes données et au manque d'utilité fonctionnelle d'une grande partie des données actuelles, aux fins d'évaluation des politiques et de gestion de systèmes. Entre le court et le moyen terme, la capacité de traiter complètement de ces problèmes est limitée. Le groupe d'étude croit cependant qu'avec des efforts, on pourra reconstruire les données actuelles de manière à répondre à certains besoins importants d'information; il poursuivra systématiquement ses travaux dans ce domaine, améliorant ainsi sa capacité de faire des évaluations de politiques pertinentes. En plus de procéder au développent de données, le groupe d'étude :

(i) fera des recommandations expliquant comment et pourquoi il faudrait recueillir des données additionnelles dans l'avenir, et

(ii) examinera de près les données du point de vue du développement de systèmes intégrés de gestion, des tendances démographiques et de la consommation des ressources.

ii) Technologie et évaluation de la technologie

Comme il a été mentionné dans le Chapitre 1 du rapport, le groupe d'étude a recommandé la création du Conseil de l'Ontario pour l'évaluation de la technologie médicale, qui aurait pour tâche de faire l'évaluation continue de la technologie. Le rapport a été le résultat de notre

expérience quant à l'examen de la lithotripsie, l'étude des questions de représentation imagée et l'évaluation de l'impact manifeste de la nouvelle technologie, qui devient une force motrice de la demande et qui influe sur les modèles de pratique. Le groupe d'étude est d'avis que l'évaluation de la technologie est un instrument essentiel à la gestion des systèmes servant à la pratique. Elle permet d'assurer que toute la technologie, tant ancienne que nouvelle, sera abordée dans une optique d'efficience, de manière à produire des soins de santé qui soient efficaces, axés sur le patient et qui fonctionnent bien. L'absence d'une évaluation indépendante et complète de la technologie ira presque jusqu'à empêcher les responsables de la planification des politiques de bien comprendre les forces motrices des modèles de pratique, limitera l'utilisation efficace de la technologie par les médecins et pourrait nier au public un accès approprié à des soins. Bien que le groupe d'étude ne se considère pas comme le milieu où devrait s'effectuer l'évaluation de technologies particulières, il pense pouvoir jouer un rôle constructif en recherchant les systèmes et les méthodes de gestion qui sont essentiels à l'établissement d'une évaluation de haute qualité de la technologie en Ontario.

iii) Efficacité quant aux modèles de pratique et modèles d'auxiliaires de pratique

Notre expérience dans l'étude des modèles de prestation des soins nous laisse entendre qu'il existe beaucoup de latitude pour le développement de nouvelles méthodes de gestion en vue d'améliorer l'efficience dans les domaines de pratique et leurs mécanismes de soutien. Nous ferons porter notre attention à cet égard sur la croissance dans certains domaines particuliers de pratique, sur les variations régionales dans les données relatives aux pratiques et sur des questions en matière de dépistage.

iv) Développement de lignes directrices, commercialisation et surveillance

Comme il a été mentionné plus haut, l'expérience du groupe d'étude l'a amené à constater que les lignes directrices relativement à la pratique doivent devenir un élément essentiel de la pratique de la médecine. Bien que la question des lignes de conduite puisse être traitée à la section précédente, on lui accorde une telle importance qu'elle mérite une attention spéciale. Il faudrait en outre souligner que tout programme relatif à des lignes directrices devrait obligatoirement être rattaché au processus d'évaluation de la technologie et jouerait un rôle important dans celui-ci.

Le concept du médecin indépendant dont la croissance professionnelle repose sur un mélange d'intuitions et de quelques publications médicales choisies, qui lui permettent de rester à jour malgré la prolifération de nouvelles données, d'études cliniques et de promotions commerciales, n'est plus soutenable. Le groupe d'étude consacrera beaucoup d'énergie au développement de méthodes appropriées pour l'évaluation des lignes directrices, la communication efficace des lignes directrices aux médecins et la surveillance de leurs répercussions sur la pratique et les soins donnés aux patients. Le groupe d'étude ne considère pas avoir pour rôle de développer des lignes directrices particulières.

CONSENSUS SUR LE ROLE DU GROUPE D'ÉTUDE

L'examen a confirmé le consensus des membres selon lequel le travail du groupe d'étude a fourni au ministère et à l'association une tribune utile pour la discussion de questions médicales complexes, qui sont difficiles à comprendre ou à résoudre, et l'élaboration de solutions à celles-ci. Un tel effort de coopération requiert du temps et un engagement; il devrait être protégé de l'influence qu'exercent les occupations journalières et les pressions spécifiques et inévitables engendrées par des situations d'urgence. Le défi du groupe d'étude consiste à présenter au ministère et à l'AMO des politiques médicales raisonnables et des solutions de rechange aux programmes, dans le but de mieux servir la population ontarienne. De l'avis des membres, ceci représente la véritable mission du groupe d'étude.

Chapitre IV :

ORIENTATIONS FUTURES

Nous avons précisé au Chapitre III nos orientations et nos objectifs pour les soumettre à un examen. Les membres du groupe d'étude croient que ces buts sont compatibles tant avec les questions qui surgissent dans la recherche scientifique sur la santé relativement aux modèles de soins médicaux, qu'avec les responsabilités des gouvernements et des professionnels de la santé vis-à-vis des contribuables et des patients.

Les membres considèrent actuellement des activités additionnelles, y compris la manière de diffuser les résultats de la recherche aux parties intéressées et aux médecins, une étude pour examiner les variations mineures de traitement par localité dans les hôpitaux communautaires, l'utilisation d'ordinateurs dans les bureaux des médecins et les influences de la technologie sur les modèles de pratique.

Traditionnellement, le système de soins médicaux visait à traiter la maladie. Le nouvel environnement reflète un changement dans les priorités et une réorientation vers la prévention sur les plans individuel et communautaire. L'élargissement des services communautaires et des services pour les malades externes, ainsi que les activités de prévention, ont déplacé vers les particuliers et vers les cadres servant à la prestation de soins de rechange une plus grande part de la responsabilité en matière de santé. Lorsque nous traitons de ces changements, nous ne devons jamais oublier que toutes les décisions relatives aux systèmes de soins médicaux ont des répercussions dans plusieurs autres domaines. Elles sont parfois immédiatement apparentes, mais cela n'est pas toujours le cas. La mesure et l'évaluation de ces répercussions requiert non seulement des efforts concertés de la part des chercheurs médicaux, mais aussi de la sensibilité de la part des responsables de la planification des soins médicaux.

Pour éviter les problèmes qui entravent l'action du groupe d'étude et de tous les responsables de la planification des systèmes de santé, chaque nouvelle initiative devra être accompagnée de systèmes permettant d'enregistrer sa performance, afin qu'il soit possible de mesurer son impact. Si l'on n'a pas recours à cette règle dès le départ, nous serons affligés de discordes inutiles qui rempliront un vide causé par une absence d'information de qualité.

ANNEXE A

CHANGEMENTS AU SEIN DU GROUPE D'ÉTUDE

Les membres actuels et anciens du groupe d'étude méritent de profonds remerciements. Le Dr Adam Linton et le Dr David Peachey de l'AMO nous ont donné d'excellents conseils pendant la durée de leur mandat. Le Dr John Marshall, chef du personnel à l'Hôpital général de Kingston, s'est joint à nous en janvier, tandis que Mme Georgia Henderson, de l'AMO, est devenue membre du groupe en mai. Nous tenons à remercier tout spécialement M. Kevin Constante, du ministère du Trésor et de l'Économie, qui a été remplacé par M. Brad Graham, en juin.

Compte tenu de l'accroissement des activités de recherche de nos membres, le Dr Wilfred Palmer, président du département de médecine familiale et communautaire à l'Université de Toronto, s'est joint à nous en mars pour nous prêter son aide à temps partiel.

Les efforts de tous les membres, ainsi que ceux du personnel du ministère de la Santé et de l'AMO, ont contribué à la vitalité soutenue et à la force de cet unique groupe. Les membres prennent un engagement considérable au point de vue de leur temps, mais leurs conseils et leur appui sont à la fois nécessaires et fort appréciés.

ANNEXE B

ÉTATS FINANCIERS

Frais d'exploitation

Année se terminant le 31 mars 1990

	Montant réel	Montant attribué
1. Personnel	174 438 , 59 $	199 000 , 00 $
2. Déplacements & frais	6 174 , 53 $	4 000 , 00 $
3. Matériel	4 987 , 42 $	6 000 , 00 $
4. Approv. & services	10 798 , 30 $	35 000 , 00 $
Intérêt bancaire	(104 , 62 $)	
TOTAL	196 294 , 22	$244 000 , 00 $

Remarques :

Les frais d'exploitation du groupe d'étude sont partagés conjointement par le ministère et l'OMA. Les frais de personnel incluent le président, le personnel permanent ainsi que les services d'experts utilisés pour la préparation de documents et la prestation de conseils.

Frais de recherche

1. Détection et gestion de l'hypercholestérolémie asymptomatique
   Montant dépensé : 163 811 , 87 $
   Cette somme a été consacrée principalement à l'impression, la traduction et la distribution des rapports.
2. Vérification portant sur les admissions d'urgence
   Montant dépensé : 21 000 , 00 $
   Ce montant a été attribué pendant l'exercice 1989-1990.
3. Examen des publications sur la demande
   Montant dépensé : 12 165 , 00 $
   Ce montant a été attribué pendant l'exercice 1989-1990.
4. Développement de données HMRI
   Montant dépensé : 11 680 , 00 $
   Cette somme a été consacrée au développement d'une base de données complète en vue d'une étude sur la demande dans les hôpitaux.
5. Atelier sur les lignes directrices concernant l'ostéoporose
   Montant dépensé : 1 035 , 00 $
   Total 209 691 , 87 $
6. Administration de la recherche
   Pour services d'examen et de consultation.
   Montant dépensé (approximativement) :
   7 123 , 96 $
   Cette somme a été consacrée à l'obtention de conseils quant à des solutions de rechange aux mécanismes de paiement.

Explication :

Le ministère finance complètement les frais de recherche du groupe d'étude. En 1989-1990, le total des fonds attribués s'est élevé à 600 000 , 00 $. Des coûts d'administration de recherche sont attribués pour des conseils indépendants, dans le cadre de projets particuliers. On trouvera dans le rapport annuel plus de détails sur chacun de ces projets de recherche.

ANNEXE C

G467 - DIVERSES TECHNIQUES THÉRAPEUTIQUES

Le rapport qui suit présente des données et suggère des causes possibles pour expliquer les augmentations d'actes médicaux et de volume au titre du code G467 du régime d'assurance-santé de l'Ontario, qui sont survenues ces quelques dernières années.

En 1980-1981, le nombre d'actes totalisait un peu moins de 190 000, pour un coût total de 791 000 $. Depuis lors, le nombre d'actes et de paiements s'est accru considérablement. En 1986-1987, les actes avaient atteint les 1 100 000, pour un coût de 7 200 000 $, tandis qu'en 1989-1990, ils étaient de 1 900 000, pour un coût de 14 000 000 $.

Voici certains des facteurs qui expliquent peut-être cette augmentation des actes :

1. Substitution : En raison de restrictions quant aux thérapies physiques disponibles, les patients vont peut-être se faire soigner chez le médecin.
2. Dispersion de la population : Même si la population s'est éparpillée, les installations pour la thérapie physique n'en ont pas fait autant.
3. Nouveaux actes : Une forte partie de la croissance peut être attribuable à la prestation de «nouveaux» actes, comme dans le cas des cliniques de médecine sportive.
4. Dépendance à l'égard d'autres programmes gouvernementaux : Des changements dans d'autres programmes gouvernementaux (appareils et accessoires fonctionnels) peuvent forcer le patient à suivre des programmes de thérapie physique.
5. Modèles de pratique : Il peut s'agir d'un «comportement d'homme d'affaires», selon lequel certains médecins complètent ou modifient un programme de traitement existant afin que les soins puissent être facturés.

L'effet de ces facteurs n'est pas uniforme à l'échelle de la province. Pour illustrer ce point, la variation par comté pour les soins G467 par 1 000 de population est représentée à la Table 1, pour les comtés ayant le volume total le plus élevé (G467). Les données sur les soins remontent à 1986-1987, tandis que les chiffres sur la population proviennent du recensement de 1986.

Table 1
Actes G467 par 1 000 de population

Comté		Actes/population	Actes/1 000 de pop.
18	Toronto	510 136/2 192 721	232,6
49	Thunder Bay	99 638/ 155 673	640,0
38	Hamilton	77 246/ 423 398	182,4
19	Middlesex	60 508/ 332 471	182,0
05	Essex	52 797/ 316 362	166,9
25	Ottawa	47 524/ 606 639	78,3
27	Peel	44 067/ 592 169	74,4
21	Niagara	40 803/ 370 132	110,2
36	Waterloo	36 845/ 329 404	111,9
39	York	32 666/ 350 602	93,2
TOTAL		1 107 305/9 101 694	121,7

À l'exception de Thunder Bay, la variation par rapport à la moyenne de la province relativement aux actes par tête va de 61 p. 100 à 191 p. 100. À partir de 1980-1981, la plus grande partie de la croissance est attribuable à de nouveaux venus (dans le marché du code G467). Parmi les 50 médecins qui ont facturé le plus selon le code G467 en 1986-1987, seulement 19 fournissaient des soins rattachés à ce code en 1980-1981. Les 31 nouveaux médecins ont fourni 64 p. 100 du volume total de soins de ces 50 médecins. Cela veut dire que le marché pour les soins G467 ne s'est peut-être pas encore stabilisé.

Dans tous les cas, la croissance de ces actes est phénoménale. La Table 2 illustre que la croissance annuelle moyenne de ces actes dans les 15 comtés ayant les niveaux les plus élevés a varié de 13,5 p. 100 à Essex, à 138,7 p. 100 à Durham. Cependant, dans plusieurs de ces comtés, on a commencé à partir d'une base très petite; ceci est le cas en particulier dans le comté de Durham, où le volume était de 89 actes.

Table 2

Actes G467 par médecin facturant

Comté	Vol. d'actes 1980-81	1986-87	Pourcentage - Actes	Médecins	Aug. annuelle des actes
18 Toronto	79 611	510 136	46,07	39,98	36,29%
49 Thunder Bay	4 866	99 638	9,00	1,46	65,40
38 Hamilton	3 775	77 246	6,98	5,05	65,38
19 Middlesex	1 531	60 508	5,46	3,08	84,56
05 Essex	24 697	52 797	4,77	2,05	13,50
25 Ottawa	6 370	47 524	4,29	4,54	39,79
27 Peel	5 873	44 067	3,98	8,39	39,92
21 Niagara	2 892	40 803	3,68	3,34	55,45
36 Waterloo	7 795	36 845	3,33	5,14	66,87
39 York	1 513	32 666	2,95	5,14	66,87
10 Halton	1 016	19 742	1,78	1,97	63,96
33 Simcoe	2 607	16 895	1,53	3,17	36,54
24 Durham	89	16 476	1,49	2,57	138,73
37 Wellington	4 644	11 435	1,03	2,14	16,20
44 Nipissing	-/	8 645	,78	1,20	-

La plus grande partie de l'accroissement provient de nouveaux venus et de médecins établis qui ont accédé récemment à ce domaine de la pratique médicale. Peu de médecins ont eu des volumes stables et la plupart de ceux qui ont subi une baisse de volume n'ont pas offert de soins en 1986-1987, ce qui peut signifier qu'ils ont pris leur retraite.

Cet accroissement peut être attribuable en partie à des changements apportés au préambule du barème et à la description du code. En 1980, ce code a été classé comme technique thérapeutique d'une durée inférieure à une heure. En 1983, cela a été changé à un acte par patient et les soins couverts ont été modifiés, p. ex. stimulation nerveuse transcutanée pour le soulagement de la douleur. En 1984, toute la section a été récrite et elle comprenait une note précisant qu'un médecin peut facturer le régime lorsque des techniques de physiothérapie sont exécutées par du personnel paramédical adéquatement formé et travaillant sous sa supervision directe. En réalité, le fait d'utiliser 1980-1981 comme année de base peut être un facteur de confusion.

De plus, ces données représentent des médecins en pratique individuelle, tandis que les taux d'accroissement peuvent être influencés par des augmentations dans les pratiques de groupe : la base de patients plus grande d'une pratique de groupe peut générer un volume de thérapie physique suffisant pour soutenir une clinique.

Les données suggèrent que l'accroissement différentiel du volume d'actes n'est pas un phénomène régional comme tel, mais qu'il est plutôt rattaché à certains médecins (étant donné que le marché ne s'est pas encore ajusté à la demande de ce service). Les 50 médecins qui ont facturé le plus (3 , 6 p. 100 des médecins examinés) représentaient 49 , 5 p. 100 du volume total d'actes.

La Table 3 nous permet de constater que l'influence de ces médecins sur les statistiques régionales est évidente. Elle présente le nombre de médecins faisant partie de ce groupe de 50, par comté, ainsi que le montant et le pourcentage de leur facturation pour ce comté.

Table 3
Les 10 comtés les plus élevés, par médecin facturant le plus

Comté	Nombre de médecins	% de médecins	Actes	Actes en % du total d'actes du comté
18 Toronto	26	5,6	269 540	52,8
49 Thunder Bay	5	29,4	88 608	88,9
38 Hamilton	6	10,2	53 042	68,7
19 Middlesex	3	8,3	25 522	42,2
05 Essex	1	4,2	32 213	61,0
25 Ottawa	2	3,8	25 677	54,0
27 Peel	0	–	–	–
21 Niagara	1	2,6	6 296	15,4
36 Waterloo	1	2,7	12 911	35,0
39 York	1	1,7	5 671	17,4

Il n'est pas facile d'arriver à des explications objectives de cet accroissement supérieur à la normale. Pour faire la lumière sur les facteurs mentionnés plus haut, il faudrait procéder à une étude adéquate, qui pourrait comprendre non seulement la revue de tous les actes effectués dans tous les cadres ainsi que les visites sur place, mais aussi l'examen des comportements de certains médecins. Il peut être impossible d'en arriver à une compréhension complète des facteurs sous-jacents, non seulement en raison des forces dynamiques qui influent sur l'utilisation de ce code, mais aussi parce que les coûts d'une telle étude seraient considérables et que celle-ci ne fournirait peut-être pas de réponses claires.

Annexe D

Les lignes directrices sont essentielles à l'assurance de la qualité dans la pratique médicale

Graham W.S. Scott, c.r.

(Traduction libre)

Le travail des docteurs Adam L. Linton et David K. Peachey sur le développement de lignes directrices pour la pratique médicale représente une contribution importante au sujet de la prestation efficace des soins médicaux au Canada. Même si leur analyse et les solutions proposées provoqueront la controverse dans plusieurs milieux, elles devraient pousser au premier plan les questions entourant les lignes directrices.

La croissance phénoménale dans le domaine de la recherche et la technologie médicale et le déploiement rapide de nouveaux procédés ont dépassé le développement de processus pour la gestion et l'évaluation des résultats, instruments absolument nécessaires à l'assurance de la qualité et au maintien de la confiance du public. Il est donc peu surprenant que l'on exige de plus en plus de la profession médicale qu'elle établisse des principes et des mécanismes adéquats pour le développement de ces lignes directrices.

En plus des nombreux avantages qui découlent de la science médicale, il existe une vaste quantité d'information contradictoire sur les modes de traitement adéquats. Le flux constant de nouvelles études cliniques, d'essais pratiques et d'initiatives de compagnies pharmaceutiques, qui sont traités dans les publications médicales, est suffisant pour mettre à l'épreuve la capacité de professionnels bien formés à se faire une opinion réfléchie et équilibrée sous la pression de la pratique. Le fardeau repose particulièrement sur ceux dont la pratique est d'une vaste portée - généralement le médecin dispensateur de soins primaires.

L'industrie de l'assurance aux États-Unis est à l'origine de la poussée principale en vue de l'établissement de lignes directrices en Amérique du Nord. Bien que la légitimité de l'intérêt des compagnies d'assurance soit indéniable, une initiative dominée par le contrôle des coûts ne se traduirait pas nécessairement par l'assurance de la qualité. En fait, l'idée qu'un grand nombre de compagnies d'assurance produisent diverses lignes de conduite serait incompatible avec les objectifs élevés de l'établissement de lignes directrices. On ne s'étonnera donc pas que les sociétés professionnelles aux États-Unis procèdent au développement de lignes directrices, si ce n'est que pour protéger l'intégrité de leur statut professionnel et démontrer leur engagement quant à l'assurance de la qualité.

Au Canada, la situation n'est pas aussi grave, mais la nécessité fondamentale pour le gouvernement de relier les dépenses aux résultats en matière de santé est un facteur important à considérer. À un moment où les gouvernements s'efforcent de maîtriser le coût des soins de santé avec des moyens à l'emporte-pièce, le système doit presque certainement faire face à un choix entre ces mesures de vaste portée et des modèles de pratique plus centrés et plus efficaces, mis au point par des professionnels de la médecine et visant à offrir l'assurance de la qualité.

La situation est tout aussi embrouillée au Canada qu'elle ne l'est aux États-Unis lorsqu'on veut offrir des conseils de qualité assurée aux professionnels oeuvrant dans le monde de plus en plus complexe de la médecine. Il est donc

inacceptable de s'en tenir au statu quo et de forcer les pionniers dans le domaine du développement des lignes directrices de battre en retraite devant des accusations sommaires de pratiquer une «médecine de livres de recettes». Bien qu'une «médecine de livres de recettes» ne soit pas un objectif souhaitable, l'absence de lignes directrices est indéfendable. Si les besoins individuels et des circonstances variées peuvent requérir différentes méthodes, on ne peut aller jusqu'à justifier des variations extrêmes ou des inégalités dans la prestation des soins de santé de base.

On présente aussi un autre argument, à savoir que nous devons attendre la création d'un organisme national pour développer des lignes directrices. Tout aussi souhaitable que cela puisse être, les Canadiens n'ont pas réussi souvent à mettre sur pied des institutions nationales qui sont respectées par les gouvernements provinciaux et les associations professionnelles provinciales. La poursuite des efforts en vue de la création d'un organisme national ne devrait pas nous empêcher de mettre au point la structure proposée par les docteurs Linton et Peachey. Si un organisme national respecté vient à être établi, il pourra profiter du modèle proposé et de l'expérience qui en aura découlé.

Trouver des formules adéquates pour le développement et la modification des lignes directrices n'est pas une tâche aisée. Pourtant, le moment est venu de se mettre à l'oeuvre. La structure vaste et indépendante, qui est proposée, constitue un bon point de départ. Les faiblesses qui seront mises en lumière pourront être corrigées; elles seront probablement moins graves que la quête futile du modèle parfait, qui retarderait le progrès et nous laisserait dans une situation indéfendable.

Le danger que les compagnies d'assurance et les gouvernements disent aux professionnels de la santé comment pratiquer la médecine n'est pas le seul défi à relever. Les médecins doivent aussi considérer la relation avec leurs patients. L'explosion de renseignements sur la santé dans les médias et la sensibilisation croissante du public dans ce domaine sont des facteurs importants. L'absence de lignes directrices et le manque d'uniformité des modèles de pratique pourraient faire du tort à la confiance qui existe de longue date entre le médecin et ses patients. Des lignes directrices bien constituées devraient renforcer cette relation et, en protégeant la maîtrise de la pratique médicale par la profession, garantiront le bien-être de notre système.